FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N° 113

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Philippe LEFEVRE
né le 11 Novembre 1934 à Reims (Marne)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

PATHOLOGIE D'APPORT ET D'ACQUISITION DU TRAVAILLEUR AFRICAIN NOIR, ORIGINAIRE D'AFRIQUE FRANCOPHONE FIXE DANS LA REGION PARISIENNE.

Président : Mr.L.C.BRUMPT, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152023_0002

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Philippe LEFEVRE

né le 11 Novembre 1934 à Reims (Marne)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

PATHOLOGIE D'APPORT ET D'ACQUISITION DU TRAVAILLEUR AFRICAIN NOIR, ORIGINAIRE D'AFRIQUE FRANCOPHONE FIXE DANS LA REGION PARISIENNE.

Président : Mr.L.C.BRUMPT,Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Cochin	ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENÈGRE (J.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BADLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE . . . BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque . . . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Lucien Charles BRUMPT

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse;

nous lui exprimons nos remerciements
et notre respect.

A Monsieur le Professeur Maurice DEPARIS

avec notre profond attachement.

A Monsieur le Professeur Georges MARCHAL

Membre de l'Académie de Médecine

A Monsieur le Professeur Robert MERLE D'AUBIGNE

A Messieurs les Professeurs Agrégés

G. BILSKI-PASQUIER

J.O. RAMADIER

G. DUHAMEL

A Messieurs les Docteurs

L. FAULONG

R. MEARY

A. SARRAZIN

M. MANIGAND

Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur R. CLER

Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur P. CAPLIER

Que ces modestes pages soient le gage de la reconnaissance que nous leur vouons pour leur enseignement, pour leur bienveillance et leur patience à notre égard.

A Monsieur le Docteur Marc GENTILINI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Assistant des Hôpitaux de Paris

Notre brillant aîné, qui nous a proposé ce sujet de thèse, et nous a amicalement guidé dans sa rédaction.

A tous ceux qui nous ont aidé à mener à bien ce travail.

I N T R O D U C T I O N

* * * * *

Entre les 14 Novembre et 18 Décembre 1958, les Territoires d'Outre-Mer optaient pour le statut d'états indépendants, et donnaient naissance en Afrique Noire, à douze nouvelles Républiques, représentant 26 Millions d'individus.

Ces pays s'intégraient, en même temps, à la Communauté, ensemble juridique, économique et culturel mis en place par la Constitution de 1958. Dans cet ensemble, à priori, était garantie la libre circulation des personnes et des biens entre les Etats membres (26).

A l'époque coloniale, rares étaient les sujets d'Outre-Mer qui avaient pu faire un ou plusieurs séjours en France, une poignée, ceux qui s'y étaient déjà installés définitivement; après les deux guerres mondiales, les fluctuations des besoins de la marine marchande avaient provoqué, surtout dans les ports, l'implantation d'Africains Noirs; mais phénomène original, à partir de 1960, c'est une véritable migration qui s'établit d'Afrique vers la France. En 3 ans, 40.000 ressortissants de toutes les jeunes Républiques, viennent grossir le prolétariat de nos grandes villes.

Pourquoi cette migration ? De nombreux facteurs sont en cause, dont trois essentiels :

- le sous-emploi des grandes villes et des petites agglomérations africaines.

- le prestige des pays à haut niveau de vie et à hauts salaires.
- une certaine publicité permanente locale, affirmant la facilité de l'embauche dans notre pays.

Séjour de courte durée, envoi d'argent au lieu d'origine, tels sont les buts. Toutes ces raisons rejettent l'immigrant dans une situation sociale et économique des plus désastreuses.

Articles, thèses, enquêtes, cahiers, revues, quotidiens, fonctionnaires des Ministères, médecins, associations privées ont étudié les problèmes que posait ce transfert de populations et de nombreuses propositions ont été faites pour tenter de lui ôter son caractère anarchique.

Elles ont été, en partie, traduites juridiquement par une Convention passée entre le Mali et la France, règlementant, à dater du 1er Mai 1963, les circulations de personnes entre ces deux pays (cf fig. n° 1); la République Islamique de Mauritanie a utilisé tout dernièrement la même forme dans le même but, et la République du Sénégal prépare des accords semblables. Nous verrons que ces ententes n'apportent de solutions que de façon très théorique et incomplète.

Les médecins sont concernés par l'apparition d'une pathologie particulière, comme l'ont montré devant l'Académie de Médecine L.C. BRUMPT et M. GENTILINI (I). C'est cette pathologie, mélange d'affections africaines et de maladies contractées en France que nous nous proposons modestement de décrire, sans la séparer du problème général que soulève cette nouvelle population parisienne.

Nous avons adopté le plan suivant :

I - Etude de généralités concernant l'Africain Noir, son milieu d'origine, ses étapes de migration, dans leur incidence sur la Pathologie observée.

II - La Pathologie d'apport, c'est-à-dire :

- les parasitoses
- les bactérioses et viroses
- les malformations congénitales.

III - La Pathologie d'acquisition :

en insistant particulièrement sur la Tuberculose.

IV - Commentaires sur cette pathologie au point de vue médical et social, sur cette migration qui la révèle et sur les solutions qu'on tente d'apporter aux deux.

* * * * * * *

FIGURE N° 1 J.O. du 11 juin 1963

CONVENTIONS ENTRE LA FRANCE ET LE MALI

SUR LA CIRCULATION DES PERSONNES

Le gouvernement de la République Française et le gouvernement de la République du Mali.
Désireux de normaliser dans l'intérêt commun la circulation des personnes entre les deux pays :
Sont convenus des dispositions suivantes :

Article 1er :

Pour se rendre sur le territoire de la République du Mali, les nationaux français, quelque soit le pays de leur résidence, doivent être en possession d'une carte d'identité, ou d'un passeport même périmé depuis moins de cinq ans, et garantir leur rapatriement.

Article 2 :

Pour se rendre sur le territoire de la République Française, les nationaux maliens, quelque soit le pays de leur résidence, doivent être en possession d'une carte nationale d'identité, ou d'un passeport même périmé depuis moins de cinq ans, et garantir leur rapatriement.

Article 3 :

Le rapatriement est garanti par l'une des trois pièces suivantes :

- Un billet de transport circulaire, ou aller et retour nominatif, inacessible, valable un an, dans le cas de transit ou de séjour ne dépassant pas trois mois.

- Un reçu de versement d'une caution délivré pour les nationaux français par la caisse des dépôts et consignations à Paris, pour les nationaux maliens, par la trésorerie de la République du Mali, caisse des dépôts et consignations. Un accord entre les deux Etats annexé à la présente convention détermine le taux unique de cette caution.

- L'attestation d'un établissement bancaire, garantissant le rapatriement de l'intéressé, au cas où il ne serait pas en mesure d'en assurer lui-même les frais.

Article 4 :

Sont dispensés de garantir leur rapatriement :

- Les fonctionnaires, officiers, employés civils et militaires des établissements publics de chacun des deux Etats, et leurs familles, lorsqu'ils sont porteurs d'un ordre de mission ou d'une feuille de route ou de voyage,

- les parlementaires et les hommes d'Etat des deux pays,
- les agents diplomatiques et consulaires.

Article 5 :

Les nationaux de chacun des deux pays, désireux d'exercer sur le territoire de l'autre partie, une activité professionnelle salariée, devront en outre pour être admis sur le territoire de cette partie justifier de la possession :

- d'un certificat de contrôle sanitaire ; un accord entre les deux Etats annexé à la présente convention détermine les conditions de délivrance de ce certificat.

- D'un contrat de travail écrit etrevêtu du visa du Ministère du Travail de l'Etat où se situe le lieu de l'emploi.
Il appartient à l'employeur de soumettre le contrat au visa du Ministère du Travail.

Les Ministères du Travail des deux parties pourront se consulter directement.

Article 6 :

Concerne la date d'entrée en application de la convention et les modalités de reconduction et suppression.

Faite à Bamako le 8 mars 1963

F. Wibaux
Barema Boccum

Accord par correspondance concernant le certificat de contrôle sanitaire et le taux de la caution de rapatriement.

Conditions françaises :

"Me référant à la convention sur la circulation des personnes signée à la date de ce jour, et particulièrement à l'article 5 prévoyant les conditions de délivrance du certificat de contrôle sanitaire, j'ai l'honneur de soumettre à l'approbation de Votre Excellence les dispositions suivantes :

Le certificat de contrôle sanitaire, prévu par l'article 5 de la convention, sera délivré aux travailleurs maliens se rendant en France par le Consul de France, après un examen médical, conformément à la réglementation sur l'introduction en France des travailleurs.

Veuillez etc....."

approuvées par le Mali.

Taux de la caution : 800 francs représentant le prix minimum du voyage Paris-Abidjan-Bamako.

oOo

CHAPITRE PREMIER

* * * *

Précisons d'entrée que nous nous intéresserons surtout aux sujets venus d'Afrique de l'Ouest *, cette partie du continent envoyant le plus fort pourcentage des travailleurs installés dans la région parisienne.

Dans ce chapitre préliminaire, nous décrirons l'homme de race noire dans sa biologie et son milieu naturel, puis le milieu pathologique dans lequel il évolue avant sa transplantation, enfin nous présenterons la découverte de son nouveau milieu, les étapes de son adaptation.

A - CARACTERISTIQUES BIOLOGIQUES

La race noire, au point de vue biologique, présente peu de caractères particuliers; les différences sont dûes essentiellement aux modifications induites par le milieu de vie. D'après PAILLET (2) qui a étudié les constantes biophysiques et biochimiques et LINHARD (3) qui a détaillé les constantes hématologiques, nous pouvons prendre en considération :

- l'hypotension :
  un encombrant système vasculaire sous-cutané, facilement dilaté; doublé de glandes sudoripares très nombreuses (710 au cm^2 contre 560 au cm^2 pour l'européen) s'allie

---

*Républiques du Sénégal, du Mali, Islamique de Mauritanie.

à l'hyponatrémie, pour provoquer cette baisse de la tension artérielle; la thermolyse aussi est aggravée : des expériences calorimétriques ont pu montrer que la perte de chaleur pouvait être une fois et demie plus importante pour un segment de membre noir.

- le métabolisme de base :
  est sensiblement plus faible que celui de l'européen.

- l'azotémie :
  plus basse aussi.

- la glycémie :
  les variations nycthémerales du taux sont importantes, avec une tendance constante à l'hypoglycémie; mais à la différence du sujet européen, le noir supporte très bien, au moins dans son cadre africain, cette régulation particulière.

- la vitesse de sédimentation (4) :
  à la première heure, toutes les études l'ont trouvée élevée, variant de 30 mm à 7 mm dans les derniers travaux; mais en moyenne, on peut admettre une accélération jusqu'à 20 mm sans aucun élément pathologique décelable.

- les protides sanguins (3 - 6) :
  l'hyperprotidémie fréquemment trouvée est une fausse richesse; elle paraît dûe à une hémoconcentration, car l'analyse des différents constituants révèle la carence; hypoalbuminémie, hypoprothrombinémie, hypofibrinogénémie. Seules les gamma-globulines sont relativement élevées, provoquant une inversion du rapport sérine-globuline.

- Les cellules sanguines (3) :

  les granulocytes sont constamment diminués par rapport aux mononucléaires; on a longtemps incriminé le Paludisme pour l'hypersplénisme qu'il pouvait provoquer; en fait, il s'agit plus probablement d'un excès d'utilisation, étant donné la richesse du milieu microbien cotoyé. De toute façon, ces granulocytes neutrophiles sont jeunes, la formule d'Arneth toujours déviée à gauche.

  les éosinophiles sont toujours à plus de 10°/₀; en nombre absolu, les chiffres sont supérieurs au double de ceux rencontrés chez l'Européen : 695 au mm^3 contre 280 au mm^3. Est-il possible d'évoquer toujours une parasitose?

  les lymphocytes : ce sont surtout les petits lymphocytes qui sont augmentés; le double là encore du nombre absolu 2019 au mm^3 contre 1127 pour l'Européen.

  les monocytes : il n'existe pas de monocytose particulière.

Ce "moteur faible", beaucoup ont voulu trouver l'explication de son mauvais rendement dans une insuffisance endocrinienne raciale, et considérer toutes ces caractéristiques biologiques comme le résultat d'une "immaturité neuronique", d'une hypothyroïdie, d'une insuffisance surrénale essentiellement. Dans cette conception, toute nécessité d'adaptation un peu délicate, trouvait le Noir assez mal armé. En fait, les études récentes prouvent que toutes les différences biologiques rencontrées, s'expliquent dans la faim chronique, régnant en Afrique, cause de carences en protéines et sodium, dans le régime lacto-végétarien, et dans les parasitoses avec atteinte hépatique.

TE des POPULATIONS
IDENTALE
ICH

B - MILIEU NATUREL

Nous étudierons ensemble l'origine géographique et ethnique, les domaines d'expansion de chaque peuple étant à peu près fixés depuis la fin des dernières grandes guerres locales qui ont remanié la démographie de cette partie d'Afrique (5) (cf fig. n° 2).

Disons d'abord que, mis à part quelques métis Peuls et Mauritaniens soudano-kamitiques, l'ensemble des sujets venus en France, est "vrai noir".

Une dizaine d'etnies se partagent l'ancienne Afrique Occidentale Française et particulièrement la zône d'où provient la majorité des immigrants : vallée du fleuve Sénégal, prolongée à l'est par la région sahélienne, moyenne vallée du fleuve Niger autour de Bamako et Kourotoro, et terres d'entre les deux fleuves. L'étude de 1241 dossiers d'immigrants indique la provenance suivante :

* Nationalité	Ethnie	Nombre
M., Mt. ou S	Sarakolés	931
S.	Toucouleurs	172
M.	Bambaras	66
S.	Ouolofs	6
S.	Sérères	4
S. ou M.	Peuls	9
M., Mt. ou S.	Kassonkés**	40
S.	Kasamançais	13

* S. = République du Sénégal; M. = République du Mali
Mt. = République Islamique de Mauritanie
** métis de Peuls et de Malinkés.

Quatre ethnies importantes donc : Sarakolés, Toucouleurs, Bambaras et Kassonkés, avec une évidente majorité de Sarakolés. Il est étonnant de constater l'importance du peuplement Sarakolé dans cette zône soudano-sahélienne, entre les parallèles 14° et 15° 30'; ce sont les circonstances historiques qui ont créé cette situation, les espoirs de progrès agricole étant en effet stoppés, depuis longtemps, par une pluviométrie limite; pourtant de Kaye à Nicro du Sahel, les villages sont nombreux et compacts, organisés socialement; le rôle du chef y est très important. La migration est acceptée facilement par ce peuple assez indolent, aimant le commerce de tout temps et ayant depuis toujours vécu la dissémination nécessaire à son exercice.

La répartition politique des Sarakolés est à peu près la suivante : 50.000 Sénégalais, 50.000 Mauritaniens, 300.000 Maliens.

Le départ par villages, le regroupement en France sur les lieux de travail, l'obéissance au chef, sur place, sont d'excellentes conditions d'adaptation et pourraient permettre un contrôle social et médical aisé.

Le Toucouleur est bien différent; agriculteur de la vallée moyenne du fleuve Sénégal, parfois pasteur comme ses voisins Peuls, il se fixe difficilement et, quoique facilement assimilable et souvent même plus travailleur, il déroute ses employeurs par ses décisions fantaisistes, ses départs sans raisons.

Les Bambaras et Kassonkés, quoiqu'ayant leurs modes de vie particuliers en Afrique, n'ont pas en France une personnalité tranchée; on peut les assimilés aux Sarakolés.

Toutes ces ethnies, sous l'influence politico-économique de l'Afrique blanche du Nord, ont été converties à la religion islamique, plus ou moins interprétée, plus ou moins pratiquée; de tous les

Mauritaniens seraient les plus rigoureux dans l'observance des rites. Cette religion isole ces hommes du nouveau milieu social; paradoxalement il n'existe aucune entente avec leurs "frères" en religion d'Afrique du Nord; ces derniers considèrent plutôt les Africains Noirs d'un oeil malveillant, les exploitent volontiers et la tension qui résulte de cette situation explose parfois en rixes.

Au delà de ces caractéristiques ethniques qui pourtant conditionnent presque toutes les attitudes sociales de ces gens, il ne faut pas oublier l'individu avec ses problèmes particuliers, affectifs ou économiques; famille, âge, santé, force physique, adresse, etc... dont peut être fait par tests, comme cela a lieu dans les migrations normalement contrôlées.

C - MILIEU PATHOLOGIQUE EN AFRIQUE

Tous les pays en voie de développement connaissent de graves problèmes médicaux, spécialement dans la zône tropicale; les campagnes d'éradication, de vaccination, de dépistage, d'éducation sanitaire surtout qu'on peut y faire, n'empêchent pas qu'un fort pourcentage de sujets soient contaminés par des germes ou parasites souvent.

Dans cette Afrique Occidentale, sont très fréquentes parmi les parasitoses : la bilharziose vésicale et les filarioses; parmi les bactérioses : la tuberculose, la syphilis, le pian et la lèpre.

- BILHARZIOSE VESICALE (8 - 9)

C'est une des plus vieille maladie de l'humanité; dans le monde 150 à 200 millions d'hommes sont atteints de bilharziose vésicale ou intestinale. L'Egypte est classiquement le pays le plus touché par Schistosoma haematobium, mais en fait les régions qui nous intéressent le sont tout autant, si ce n'est davantage, puisque le

Mali présenterait l'indice le plus fort du monde : 46,87 °/₀; les fleuves Sénégal et Casamance ne sont guère épargnés. L'hôte intermédiaire du parasite est un mollusque d'eau très répandu : Bullin, Physopsis ou Planorbe, ayant un optimum thermique assez élevé, environ 20°; ces hôtes intermédiaires vivent dans tous les marigots, tous les fossés d'irrigation, les faux bras de rivières et fleuves; la destruction totale en est pratiquement impossible avec les moyens actuels. L'infestation est presque automatique pour les populations riveraines; elle se rpoduit en effet lors du bain par le cercaire du parasite. Le Noir ne se souvient généralement pas de cette infestation dont les symptômes de primo-infectation ont été négligés (l'hématurie en est le symptôme majeur).

- FILARIOSES : (10)

C'est plus de 200 millions d'individus, cette fois, qui sont touchés dans le mondes par les filarioses; l'indice d'infestation allant de 10 à 27°/₀ suivant les pays. Les immigrants noirs que nous recevons viennent d'Afrique inter-tropicale, au sud du 20ème degré de latitude nord; dans cette zône peuvent se rencontrer les quatre filaires pathogènes de l'homme. Deux d'entre elles sont transmises par les diptères, la Loase par Chrysops, l'Onchocercose par une Simulie; ces diptères sont actifs dans la journée et piquent dans les régions de brousse; les larves poussent dans les rivières lentes à végétation luxuriante en ce qui concerne la Loa-loa, dans les cours d'eau rapide pour l'Onchocerca. Les wuchererioses sont transmises par les moustiques : Culex, Aedes, mais surtout Anophèles en Afrique inter-tropicale; d'activité nocturne, les Anophèles sont très répandus, recherchent l'homme et se cachent pendant la saison sèche.

Les Vers de Guinée ont comme vecteur le Cyclops, qui infestent toutes les eaux, et la solide prophylaxie que réaliserait l'absorption d'eau bouillie ou filtrée, est irréalisable.

La plus redoutables des filaires est l'Onchocerca, qui constitue, on le sait, la deuxième cause mondiale de cécité après le Trachome. Les indices d'infestation pour la seule onchocercose dans la parite ouest de l'Afrique sont (10 - 11) :

Mali : 4 °/₀

Sénégal : 0,02 °/₀

Mauritanie serait indemne.

Les travaux de l'O.M.S., l'O.C.C.G.E., l'INSTITUT OPHTALMIQUE TROPICAL D'AFRIQUE, du CENTRE MURRAY, ont démontré que seule l'absorption par les populations, de diéthylcarbamazine, pour éliminer le réservoir humain de micro-filaires, pourrait enrayer ce fléau; mais cette expérience n'a pas été pratiquée encore dans les pays d'où proviennent les travailleurs.

- TUBERCULOSE (7) :

Les récents sondages de l'O.M.S. montrent que suivant le degré de développement social et sanitaire des pays, les indices de l'atteinte tuberculeuse vont de 64 à 333 pour 100.000 individus. C'est ce dernier indice et plutôt davantage, qu'il faut retenir pour les régions dont nous étudions l'apport humain en France.

L'endémicité sénégalaise est importante; Dakar est un foyer intense, mais finalement, le contrôle y semble plus facile; l'arrière-pays, par contre, est difficile à surveiller et les communautés mobiles, comme les Toucouleurs, comptent de nombreux tuberculeux, malgré les campagnes actives de vaccinations par le B.C.G..

Plus atteinte encore, la région de Kaye au Mali réclamerait une étroite surveillance afin d'enrayer l'endémie qui ravage les Sarakolés; mais le dépistage est coûteux; l'O.M.S. l'estime à 8 dollars par personne, et cet organisme ne voit d'action immédiate et

rentable, là encore, que dans le développement de la vaccination, tout en reconnaissant son insuffisance.

La république de Côte d'Ivoire détient l'indice maximum, mais nous envoie peu d'hommes.

En Mauritanie : le contrôle y est très délicat car la population est essentiellement nomade; la fraction sédentaire est celle de la vallée du fleuve et l'endémicité tuberculeuse est alors identique à celle du Sénégal.

- SYPHILIS et PIAN :

Le Noir Africain présente une sérologie positive avec une fréquence dix fois plus élevée que l'Européen. Dans les régions qui nous intéressent il faut compter environ 30°/₀ de sujets ayant une réaction de Bordet-WASSERMAN positive, sans qu'on puisse distinguer ce qui revient à la Syphilis ou au Pian, les techniques actuelles ne permettent pas encore le départ. La Syphilis n'est pas très fréquente dans les pays où le Pian sévit à l'état endémique; mis à part les syphilis cliniquement évidentes, il faut savoir que les réactions sérologiques positives peuvent se voir en cas de syphilis guéries, de syphilis latentes, enfin de syphilis décapitées par les antibiotiques dont un certain usage est fait pour faire disparaitre les signes cliniques gênants au début de la maladie. Le Pian est certainement plus fréquemment retrouvé, et c'est encore le Mali qui paraît être le foyer important d'infection pianique; écoutons H. BOIRON : "Le Pian est à peu près inconnu à Dakar et devenu rare au Sénégal, mais il sévit à l'état endémique en Afrique inter-tropicale et il en existe des foyers importants en Guinée et au Soudan, territoires limitrophes du Sénégal."

- LEPRE :

Le quart des lépreux du monde entier se trouve au Sud du Sahara; ce pourcentage relativement important de malades dans cette région d'émigrants entraînera fatalement le transport du bacille de Hansen vers la France.

enfin citons encore :

- VARIOLE :

L'éradication de la Variole n'est pas totale et les chiffres suivants laissent encore à penser sur les dangers des mouvements de populations peu surveillés :

En 1959 :	Mauritanie	de 11 à 100 cas
	Sénégal	de 100 à 500 cas
	Mali	plus de 500 cas (7)

- TRYPANOSOMIASE :

L'indice de la maladie du sommeil est tombé dans l'ensemble des trois pays à 0,09 °/₀, la prophylaxie ayant été particulièrement soigneuse et de nombreuses hypnoseries construites.

Tels est, rapidement entrevu, le milieu pathologique de l'Africain de l'Ouest; sa complexité, son contrôle, coûteux, les difficultés économiques et sociales rencontrées par les nouveaux gouvernements, font que l'individu est rarement indemne.

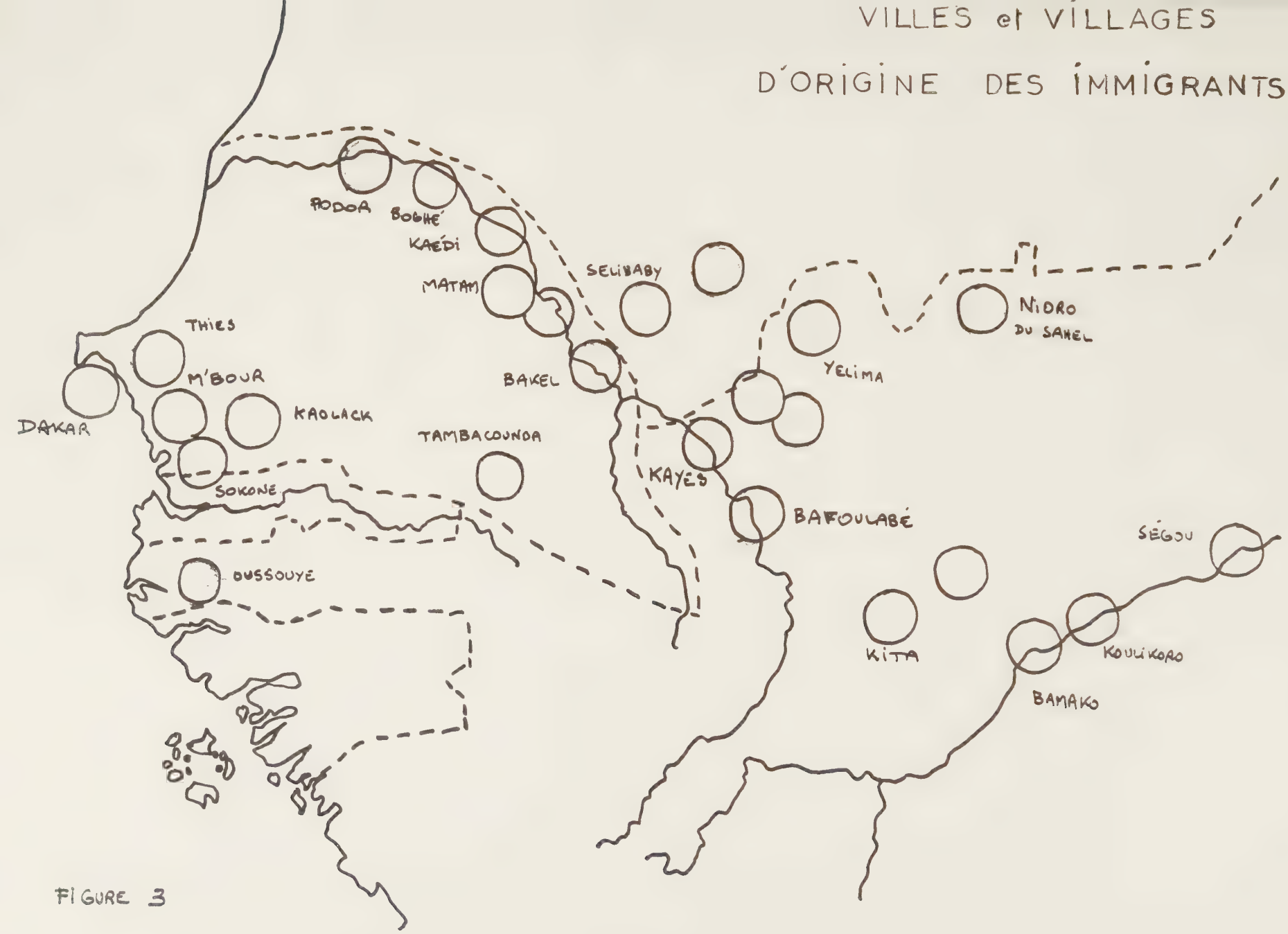

VILLES et VILLAGES
D'ORIGINE DES IMMIGRANTS
RODOA
BOGHÉ
KAÉDI
MATAM
SELIBABY
THIES
M'BOUR
DAKAR
KAOLACK
SOKONE
BAKEL
TAMBACOUNDA
KAYES
YELIMA
NIORO
DU SAHEL
BAFOULABÉ
SÉGOU
DUSSOUYE
KITA
KOULIKORO
BAMAKO

FIGURE 3

VILLES et VILLAGES
D'ORIGINE DES IMMIGRANTS
PODOR
BOGHÉ
KAÉDI
MATAM
SELIBABY
NIORO
DU SAHEL
YELIMA
THIES
M'BOUR
DAKAR
KAOLACK
SOKONÉ
BAKEL
TAMBACOUNDA
KAYES
BAFOULABÉ
SÉGOU
OUSSOUYE
KITA
KOULIKORO
BAMAKO

FIGURE 3

D - LES ETAPES DE LA MIGRATION

Nous avons essayé de faire la part d'un état biologique différent du nôtre, de distinguer dans cette masse d'arrivants suivant l'origine géographique, les caractéristiques ethniques, la psychologie individuelle, pour mieux détailler les problèmes d'adaptation.

Il ne faut pas omettre que par surcroît, ces sujets sont analphabètes, ignorent le français, et n'ont jamais connu que des tâches agricoles; ainsi sont réunies toutes les conditions d'un contraste total avec l'activité des collectivités européennes.

LITTRE nous dit "s'adapter, c'est s'ajuster à une autre chose, s'accommoder à un autre état"; cet état sera pour ces Africains notre civilisation industrielle marchande, dont ils ne vont connaitre immédiatement que l'aspect urbain et concentrationnaire. Cet ajustement brutal, ce reconditionnement, se fera sans transition et sans aide. Les difficultés sont nombreuses (1 - 15).

I - Le voyage

Tant s'en faut, les conditions de transport sont différentes pour eux, de celles du 18ème siècle (12-13-14). Certains devront travailler à bord pour acquitter leur passage. La majorité emprunte les lignes régulières, dont le confort quoique restreint, n'est pas infamant. Le recrutement se fait en effet au sein d'une famille ou d'un village (cf. fig. n° 3), soit qu'un membre d'une famille déjà en France, envoie la somme nécessaire au voyage d'un jeune frère ou d'un cousin, soit qu'un chef de famille ou de village envoie à ses propres frais un membre de la communauté, soit enfin que la communauté elle-même se cotise pour permettre un premier départ; notons d'ailleurs que la somme indispensable a toujours été importante, car même avant les accords internationaux récents, les gouvernements exigeaient déjà l'achat d'un billet aller et retour pour autoriser l'embarquement.

A juste titre, on peut soupçonner l'existence d'individus bailleurs de fonds, vivant en France, aidant leurs compatriotes à à venir travailler, contribuant même, avec la complicité d'hôteliers nord-Africains*, ou européens, à résoudre leurs problèmes de logement de la façon que nous verrons. Préciser la réalité de semblables chaînes de migration pose de délicates questions de surveillance; la Sureté Nationale connaît bien les commerce des "négriers" espagnols, potugais ou libanais; peut-être aura-t-elle un jour à dépister un semblable trafic entre l'Afrique et la France; celui des papiers d'identité et des certificats médicaux est déjà bien connu depuis l'éclatement du grand Mali, et plus encore depuis la convention Franco-Malienne**. (cf. fig. n° 3)

Les statistiques qui nous ont été communiquées montrent que les traversées ont lieu essentiellement entre les mois de mai et octobre, pendant la saison des pluies africaines (cf fig. n° 4).

2 - Le débarquement

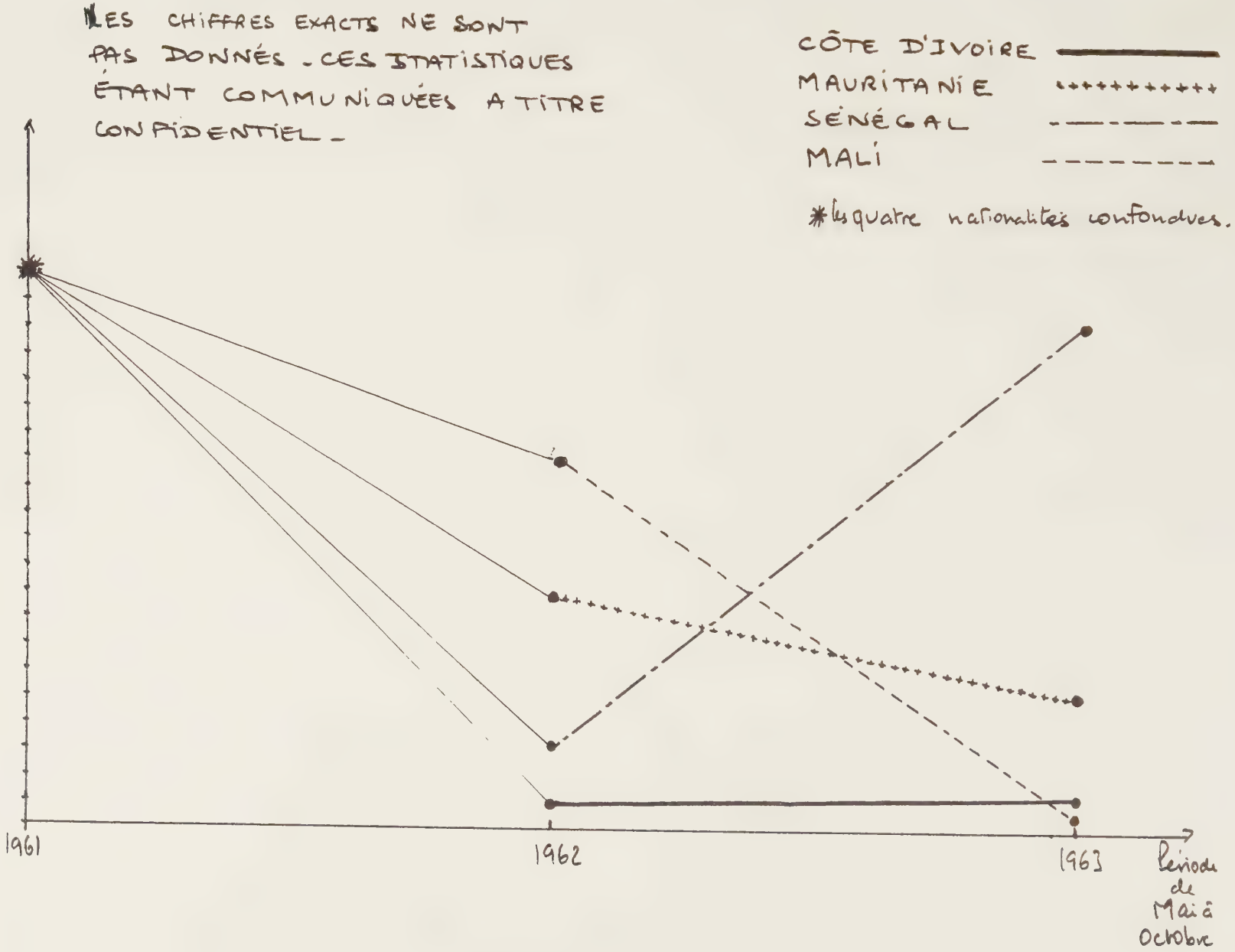
Bien que la traversée corresponde à une rupture brutale, survenant après plusieurs jours de voyage à travers l'Ouest africain, elle est de courte durée et peu éprouvante; aussitôt débarqué, le travailleur pourra continuer vers son but. Toutes les étapes de l'itinéraire sont indiquées avec précision au voyageur, depuis le port de débarquement à sa destination prévue; partout il est attendu, guidé, aidé par ses frères d'ethnie.

3 - L'installation

La destination est toujours un gros centre urbain : Marseille, Le Havre, Lyon, Lille, Rouen et évidemment Paris et la région parisienne (cf. fig. n° 5 et 6).

*Des hoteliers noirs existent aussi dans la banlieue de Marseille.

**La disparition brutale (depuis le mois de mai 63) des Maliens coïncidant avec une élévation considérable du nombre des passages sénégalais, évoque bien ce trafic, dont l'existence est d'ailleurs avouée assez facilement par les arrivants.


LES CHIFFRES EXACTS NE SONT PAS DONNÉS - CES STATISTIQUES ÉTANT COMMUNIQUÉES A TITRE CONFIDENTIEL -
CÔTE D'IVOIRE
MAURITANIE
SÉNÉGAL
MALI
* les quatre nationalités confondues.
1961
1962
1963
Période de Mai à Octobre

L'immigrant trouve là une collectivité noire au sein de laquelle il est rapidement intégré et qui leprend totalement en charge au début; il découvre ses nouveaux quartiers dans les arrondissements pauvres de la capitale et de la proche banlieue (cf. fig. n° 6). Les Africains du Maghreb ont amélioré leur standing, et sont sortis des entresols d'hôtels, où viennent les remplacer les travailleurs Noirs; le bénéfice de l'hôtelier est inchangé (environ 500 fr. par mois et par chambrée), inchangés aussi la crasse, les lits superposés, l'unique robinet, lorsqu'il existe, le mauvais poele à charbon, les soupiraux d'aération insuffisants. Dans un article récent, le Docteur BROCARD parle de"cloaque" pour désigner ces lieux (15) : les règlements de police prévoient 14 m^3 pour un individu, la moyenne que nous avons constaté est de 3 à 4 m^3. La nourriture préparée à tour de rôle, reste ce qu'elle était en Afrique avec une majoration calorique certaine. Nous y reviendrons.

4 - Le Travail

Venus sans contrat de travail, ils doivent dès leur arrivée entreprendre la recherche démoralisante d'un emploi; bien des"villages noirs parisiens" ont leur propre filière de placement et le compatriote est immédiatement mis au travail. Ce regroupement par communautés africaines au sein d'une même entreprise a été remarqué par les directeurs d'industries, qui nous ont dit trouver leur compte au point de vue discipline dans les ateliers.

Leur absence de formation professionnelle élémentaire les écarte de toutes les tâches nécessitant la familiarisation avec la machine, leur ignorance de la langue, au début, leur interdit les tâches simples, mais nécessitant la compréhension et l'observance des règles de sécurité; restent les postes de "manoeuvre-balais", ou les travaux malsains que refuse l'ouvrier parisien. "Ils occupent tous les emplois dont se dégagent peu à peu les travailleurs plus évolués", nous disent L.C. BRUMPT et M. GENTILINI.

LIEUX D'IMPLANTATION

FIGURE 5

Ce travail dans nos cités industrielles est un bouleversement complet; pourtant cet ouvrier noir inadapté, illettré, de formation agraire, est en général bien admis par ses patrons et ses camarades de travail, car, poli, docile et propre; mais l'instabilité et l'incapacité qui résultent de cette adaptation difficile, entraîne dans les emplois un "turn-over" considérable et enraye la possibilité de formation au sein d'une même entreprise. Les disparitions pour non-adaptation, reconversion ou maladie sont difficilement contrôlées par les services médicaux ou sociaux des grandes firmes les mieux équipées.

Ainsi, venu sans contrôle d'une Afrique frappée de nombreux maux, transplantés brutalement, et "sous-prolétaire", le travailleur Noir Africain va subir la pathologie de cette triple condition.

* * * * * * *

ÉCOLES
Hotels ou chambres chez particuliers
MARCADET POISSONNIERS
LA FOURCHE
STALINGRAD
ÉTOILE
St LAZARE
BELLEVILLE
RÉPUBLIQUE
PÈRE LACHAISE
BASTILLE
NATION
DENFERT
ITALIE

FIGURE 6

C H A P I T R E D E U X I E M E

* * * *

La pathologie d'apport est le reflet de la pathologie africaine.

I - LES BILHARZIOSES

Bilharsiose urinaire (Obs. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 21)

La bilharziose urinaire est l'un des diagnostics les plus souvent rencontrés :

Cliniquement, il s'agit tantôt d'une hématurie inconstante souvent terminale, indolore, sans fièvre, avec un excellent état général, tantôt une dysurie, le plus souvent enfin, le diagnostic de bilharziose urinaire est porté sur la recherche et le découverte d'oeufs de Schistosoma haematobium dans les urines, chez un malade admis à l'hôpital pour hyper éosinophilie sanguine.

Par l'interrogatoire, on recherchera les antécédents urinaires, la notion de bain de rivière ou de marigots, d'hématuries dans le milieu familial, au sein du village.

Les examens complémentaires à demander sont dans l'ordre : la numération, formule sanguine qui, même chez un malade hématurique, ne révèle qu'exceptionnellement la présence d'anémie, par contre il existe presque constamment une hyperéosinophilie qui est un bon signe d'orientation vers le diagnostic de verminose.

L'intradermo-réaction et la réaction de fixation du complément aux antigènes spécifiques n'ont peut-être pas la valeur que certains leur attribuent.

En fait, c'est la découverte des oeufs avec ou sans hématurie, qui seule peut confirmer le diagnostic de bilharziose urinaire. Il est important que le laboratoire précise s'il s'agit d'oeufs vivants ou morts : oeufs vivants au miracidium cilié vibrant à l'intérieur de l'oeuf, ou oeufs morts émis à partir de dépôts en voie de calcification de la paroi vésicale.

La cystoscopie est un examen qui complète utilement l'exploration paraclinique, en montrant l'aspect en semoule correspondant aux dépôts calcifiés d'anciens oeufs, ou bien de tries sanglantes, ailleurs des tumeurs framboisées saignant facilement; il est essentiel de préciser la topographie de ces lésions, à distance ou non des méats urétéraux.

Au reste, l'urographie intra-veineuse a une valeur pronostique; elle doit permettre d'apprécier le retentissement sur le haut appareil et surtout l'existence ou non d'une sténose urétérale basse avec hydronéphrose en amont.

Le traitement actuel de ces malades comprend les dérivés de l'antimoine, dont le plus employé est l'anthiomaline par voie intramusculaire en cure progressive étalée sur plusieurs semaines, associée ou non au schistomide; l'indication de traitement varie suivant le malade; s'il s'agit d'un malade hématurique avec présence d'oeufs vivants dans les urines, la cure d'anthiomaline-schistomide s'impose; s'il s'agit d'un malade porteur simple d'oeufs même vivants, sans grandes lésions vésicales, sans retentissement urétéral, nous ne pensons pas qu'il y ait intérêt à traiter systématiquement ces sujets; en cas d'infection associée, un traitement antibiotique sera adjoint au traitement curateur.

Il faut savoir que les sels d'antimoine sont parfois mal tolérés : nausées, vomissements....

La cure d'anthiomaline peut être pratiquée chez des malades non hospitalisés, mais cependant en arrêt de travail; la durée de cette cure s'étendant sur plusieurs semaines, la reprise du traitement éventuellement deux mois plus tard, grève lourdement, on le conçoit, le budget de la Sécurité Sociale, si l'on veut bien se souvenir que deux malades sur quatre sont porteurs d'oeufs de schistosoma haematobium.

Il est évident que pour l'entourage, cette affection parasitaire ne comporte aucun danger.

Bilharziose intestinale :

dont on connait plusieurs foyers au Sénégal en particulier, est de diagnostic beaucoup plus délicat : chez un illettré, il est plus facile d'obtenir des urines aux fins d'examens que de selles; en dehors de cette première difficulté technique, il n'en reste pas moins vrai que la bilharziose à Schistosoma mansoni, est moins fréquente que que la bilharziose à schistosoma haematobium dans les Républiques d'où proviennent ces hommes.

La symptômatologie clinique intestinale est inexistante; par contre il n'est pas rare de dépister une splénohépatomégalie modérée ou une splénomégalie isolée dont l'étiologie bilharzienne est probable. Toutefois la confirmation biologique d'un tel diagnostic est loin d'être aisée, le parasité étant souvent mort. Les examens sérologiques ont une valeur relative; seule la présence des oeufs dans les selles ou la rectoscopie avec biopsie rectale et examen extemporané constitue l'argument décisif.

2 - LES FILARIOSES

Les quatres filarioses pathogènes de l'homme : Bancroftose, Loase, Dracunculose, Onchocercose, peuvent être décelées chez ces sujets (10).

- Dracunculose (Obs. 5 - 6)

La filaire de Médine ou Ver de Guinée entraîne fréquemment parmi ces travailleurs Noirs, des arrêts prolongés de travail, dépassant trois semaines; cela tient à la maladie elle-même, mais aussi aux erreurs de traitement; en effet, la diethylcarbamazine (Notézine), on le sait, n'a aucun effet sur ce ver et il n'existe pas, en pratique, de traitement médical efficace; aussi le seul traitement est-il chirurgical.

Tantôt on est amené à examiner un malade atteint d'un véritable phlegmon de la jambe ou du coup de pied qui impose, sous antibiotique, un drainage chirurgical avec excisions des zônes sphacelées provenant du tissu cellulaire sous-cutané, siège normal de la filaire; il est possible, au cours de l'intervention, de ne trouver au milieu d'une zône purulente, que des débris filariens, mais il est plus fréquent de voir une filaire vivante et entière, blanche, nacrée, faire irruption au sein de cette zône drainée; cette filaire peut s'extirper facilement sans tirer; il convient alors de l'enlever en totalité; ailleurs cependant; quelques centimètres seulement peuvent être enroulés sur une alumette stérile qu'on laissera en place sous cello-derme; les jours suivants, les bains au dakin tiède permettront à la filaire de se détendre, un enroulement progressif sera poursuivi; il est très fréquent de déceler une adénite satellite inguinale, parfois très volumineuse et douloureuse qui cèdera sous antibiothérapie.

Tantôt, à côté de ces formes phlegmoneuses, on rencontre des localisations moins "bruyantes", au cours desquelles, la filaire s'extirpe facilement par l'orifice phlycténulaire de sortie qu'elle a déterminé, souvent derrière la malléole externe; l'erreur thérapeutique consiste toujours en tentative intempestives d'extirpation qui provoque la section du ver et entraînent des phénomènes inflammatoires locaux intenses.

Le ver de Guinée, s'il est localisé le plus souvent aux membres inférieurs, unique ou multiple, s'égare parfois dans le scrotum (22); là il détermine soit des accidents oedémateux et allergiques brutaux, mais transitoires, dus aux déplacements du ver non encore emprisonné, soit, s'il est vu tardivement, des noyaux scléreux ou de véritables abcès froids intra-scotaux, dont l'exérèse révèle, au milieu d'une gangue conjonctive, avec ou sans pus, la filaire de Médine.

Les localisations aberrantes de cette filariose sont très rares, mais toujours possibles; rappelons que ce ver peut se calcifier.

- Loase (Obs. 7)

La loase ou filariose Loa-loa, est peu fréquente parmi ces sujets; la zone d'hyperendémie est en effet située plus au sud : Gabon, Congo... La Mauritanie est en dehors de la zône d'endémie; le Sénégal et le Mali constituent sa limite supérieure; encore la Loase est-elle très rare dans le premier de ces deux Etats.

Souvent elle est une découverte d'examen complémentaire : présence de micro-filaires dans le sang périphérique prélevé dans le jour; cependant avant de parler de Loaloa, il conviendrait d'identifier les microfilaires, afin de faire la part d'une Bancroftose à périodicité inversée.

- Bancroftose (Obs.)

La bancroftose ou filariose de Bancroft, ou Wuchereriose, est en effet, plus fréquente que la précédente, mais là encore, il est rare de voir des malades atteints de troubles du système lymphatique, et il s'agit presque toujours d'une découverte de micro-filaires sur un échantillon de sang prélevé de nuit, ou de jour après leucoconcentration. (24, 25)

- Onchocercose (Obs. 8)

Plus intéressante, car souvent ignorée, est l'onchocercose qui risque plus que la loase et la bancroftose d'entrainer des accidents de travail par examen médical insuffisant lors de l'embauche.

Tantôt c'est un prurit incoercible avec éosinophilie sanguine, qui amène à consulter un sujet récemment transplanté, tantôt le malade est vu en consultation de spécialité pour des troubles de la vision, beaucoup plus rarement, c'est pour un ou plusieurs nodule sous-cutanés qu'on doit l'examiner. (10, 11)

Les examens à demander sont, en dehors des tests d'orientation, numération, formule sanguine recherchant une éosinophilie, réactions dites d'immunité des filarioses, avant tout la biopsie cutanée exsangue d'un fragment de peau prélevé au niveau du deltoïde et de la crête iliaque, comme le recommandent les médecins de l'O.M.S.; ce fragment sera placé dans du sérum physiologique contenu dans un verre de montre et examiné à la loupe ou à l'objectif n° 2; en cas d'onchocercose, on y verra les micro-filaires, renfermées dans le derme du sujet, s'échapper dans le liquide ambiant. Que cette recherche soit positive ou négative, il faut toujours compléter l'examen d'un onchocerquien par la biomicroscopie (examen à la lampe à fente) et par un fond d'oeil; le biomicroscope permet parfois de

déceler des micro-fialires dans la chambre antérieure, surtout il précise l'existence ou non de lésions de kératite; par le fond d'oeil l'ophtalmologue dépistera les lésions de rétinite, dont le type est la rétinite de Ridley, bilatérale et d'aspect craquelé.

Ces malades qui viennent en France sans examens oculaires, qui, parce qu'illettrés, ne font l'objet d'aucun examen de l'acuité visuelle, sont ambauchés et parfois affectés à des travaux très dangereux.

Rappelons l'intérêt, en cas de recherche négative des microfilaires, du test à la diéthylcarbamazine : test de Maeotti.

La Notézine constitue le seul traitement de ces trois filarioses pendant au minimum trois semaines, le malade étant hospitalisé ou en arrêt de travail.

3 - L'ANKYLOSTOMOSE

Les oeufs d'ankylostomose dans les selles sont fréquemment retrouvés, mais la présence d'Ankylostoma duodénale ne se signale le plus souvent chez ces malades par aucun symptôme d'ordre digestif; nous n'avons pas retrouvé un seul cas d'anémie directement lié à l'ankylostomose. Le problème est de savoir si ces sujets doivent être traités ou considérés comme des porteurs apparemment sains de l'affection. Une numération des oeufs d'ankylostoma duodénale est recommandée pour apprécier l'intensité de l'affection (L.C. BRUMPT). Les deux traitements actuels sont le Tétrachloéthylène (DIDAKENE) et l'hydroxynaphtoate de Bephenium (ALCOPAR).

Telles sont les principales parasitoses à vers que nous avons rencontrées parmi les observations colligées.

Les bactérioses et les Viroses.

4 - LA SYPHILIS et LE PIAN (Obs. 10, 12)

Nous n'avons jamais rencontré de syphilis cliniquement évolutive, ni de pian; par contre il est de constatation courante de déceler des sérologies positives chez au moins un sujet sur trois. L'indication thérapeutique se discute.

5 - LA LEPRE

L'un de nos malades venu consulter pour une tache achromique reconnue rapidement anesthésique, était un lépreux, confirmé par l'examen histologique, lèpre lépromateuse, avec réaction de Mitsuda négative et présence de bacille de Hansen dans les sécrétions nasales; (deux autres malades ont été reconnus dans les mêmes conditions; l'un d'eux avait été traité dans un dispensaire du Sénégal (Obs. 12); le traitement par le Disulone a été entrepris et le rapatriement demandé.

Ces cas sporadiques de maladie de Hansen constituent dans leur forme ouverte avec jetage nasal bacillifère, malgré le peu de contagiosité de l'affection un réel danger.

Au point de vue psychologique, la présence d'u lépreux au sein d'une collectivité de travailleurs, constituerait, si elle était libérée, compte tenu de la réputation redoutable de cette affection chez des gens non avertis, un grave "stress" moral.

6 - LA VARIOLE

Nous n'avons rencontré aucun cas de variole, mais la vaccination anti-variolique est l'une de celles auxquelles ces malades

semblent se dérober le moins souvent, ou pour laquelle les certificats de complaisance sont les moins fréquents.

7 - LE TETANOS

Aucun cas de tétanos parmi nos travailleurs manuels, mais il est certain qu'il n'existe aucune vaccination antitétanique et que tôt ou tard, des cas de cette toxi-infection surviendront. La vaccination antitétanique devrait être une mesure prophylactique obligatoire chez ces travailleurs immigrés entrant dans le cadre de la médecine préventive du travail.

8 - LA GONOCOCCIE (Obs. 13)

Les écoulements urétraux gonococciques, ou sans germes figurés dépistés, ne sont pas très fréquents. Ce que nous avons observés semblaient anciens, d'origine africaine, la chasteté en France semblant être de rigueur dans la majorité des cas, car le but est de constituer un pécule et non de dépenser en plaisirs variés l'argent accumulé.

Enfin, nous dirons quelques mots sur

9 - LE PALUDISME

Parmi les malades que nous avons observés, nous n'avons pas rencontré un cas de Paludisme, même chez les sujets transplantés très récents. Il est possible que l'accès fébrile ne soit pas une cause suffisante dans ces groupes pour motiver une hospitalisation; nous ne le pensons pas, car nombreux sont les malades admis à l'hôpital pour des pneumopathies saisonnières ou des épisodes grippaux dont la seule manifestation apparente est la fièvre. On sait aussi que le Plasmodium Falciparum, qui est fréquent en Afrique Noire, est peu vivace.

10 - LA TRYPANOSOMIASE

Nous n'avons pas observé de trypanosomiases parmi les nombreux malades atteints de micropolyadénopathies cervicales; au reste, nous avons vu précédemment combien l'indice de l'affection etait bas.

11 - LES HEMOGLOBINOSES

Il ne s'agit pas d'une affection particulièrement fréquente; cependant le test de falciformation des hématies et l'électrophorèse de l'hémoglobine, peuvent mettre en évidence des cas de Drépanocytose à l'état hétérozygote (Obs. 4).

D'autres hémoglobinopathies génotypiques ont été signalées tell l'hémoglobinose C et D; les anomalies de tare à l'état hétérozygote sont possibles.

* * * * * * *

CHAPITRE TROISIEME

* * * * *

PATHOLOGIE D'ACQUISITION

C'est une pathologie d'adaptation; même en supposant indemne le travailleur Noir, des affections africaines décrites au précédent chapitre, c'est encore bien souvent par la maladie, qu'il va traduire le stress de sa venue en France. Tout lui est nouveauté et difficulté : l'alimentation, le froid, et les saisons marquées, la poussière, le bruit, la rue, l'attention dans l'atelier, l'isolement affectif; chaque problème d'adaptation a son expression particulière, mais la résultante en est fréquemment la Tuberculose, rarement importée, le plus souvent contractée en France.

A - LES TROUBLES DYSPEPTIQUES

Le travailleur Noir consulte peu pour des troubles dyspeptiques, mais s'en plaint constamment lors d'hospitalisations pour d'autres motifs : douleurs post-prandiales, à type de brûlures sans torsion avec régurgitations, parfois sensation de barre épigastrique, de lourdeurs avec somnolence, ailleurs encore constipation opiniâtre. Les examens radiographiques sont normaux, ou montrent parfois des images de gastrite, mais si la difficulté de l'interrogatoire, son manque de précision, conduit quelquefois à évoquer un syndrome ulcéreux, la confirmation radiologique est exceptionnelle. Si l'on peut parler de dyskinésie biliaire et surtout de colite, c'est aussi parce qu'on connaît bien la genèse psycho-somatique de ces

affections; quoi d'étonnant alors, à les voir survenir dans les difficiles premiers mois de séjour.

Deux phénomènes pourraient enfin être pris en considération :

- l'insuffisance hépatique de certains de ces sujets.

- la mauvaise présentation de calories supplémentaires absorbées.

L'accroissement des besoins caloriques et vitaminiques provoque une modification de l'alimentation; la ration devient brusquement deux à trois fois ce qu'elle était en Afrique, sans que change sa présentation; la classique bassine de riz garnie de quelques crudités et morceaux de viande ou de poisson, devient simplement plus copieuse, plus riche en graisse et en viande. Le volume absorbé croît beaucoup, augmentant l'impression de réplétion gastrique. En fait, la mauvaise répartition des constituants, l'apport nouveau en lipides, la monotonie de la présentation, entrainent un surcroît de travail des fonctions hépatiques; les désordres qui en résultent traduisent et aggravent inconsciemment l'inadaptation alimentaire. Parfois c'est aussi simplement le problème de la faim par conservation d'un régime fructo-farineux pur (bananes, tomates, dattes...).

Ration calorique suffisante, équilibrée et pour cela rupture de la monotonie traditionnelle, telles sont les conditions d'une adaptation digestive, d'une intégration sociale normale et donc d'un meilleur rendement de travail. Mais c'est là s'attaquer à de nombreux préjugés difficilement déracinables. Le choc serait certainement très diminué dans le cadre d'un stage de préformation ou le bouleversement des habitudes s'accompagnerait d'une information directe des moeurs de notre société.

B - LES TROUBLES PSYCHIQUES

La psychologie du sujet noir reste un domaine très controversé, surtout lorsqu'il s'agit d'un Noir Africain de brousse, ayant conservé son mode de vie tribal ancestral. Les études sur la psychopathologie sont encore plus rares et si les états pathologiques sont assez bien décrits, les conclusions tirées sont en général, insuffisantes.

En France, les études entreprises se sont attachées au groupe des Etudiants, plus facile à contacter. Parmi les travailleurs récemment venus, les troubles psychiques sont d'ailleurs rares et l'adaptation apparente se fait très rapidement dans la majorité des cas. Publications, interviews, enquêtes, présentent ces noirs comme des hommes calmes, résolus, avides de nouveautés, acceptant courageusement l'épreuve de la séparation et de la migration, sans réaliser évidemment de façon exacte le choc qu'ils en subiront, et qu'ils feront subir en retour au sein d'un village africain; habitués aux difficultés de survie, l'esprit fait, depuis des générations, aux départs saisonniers, ces "navétanes" d'un genre nouveau s'organiseront socialement au mieux dans la misère des grands centres et leur solidarité, ou comme ils aiment à le dire, leur fraternité, leur sera une protection psychologique.

Les déséquilibres, lorsqu'ils existent, s'exprimeront avec violence, venant troubler l'ordre de l'atelier ou le sommeil de la chambrée; les troubles dépressifs et les syndromes mélancoliques sont pratiquement inexistants; seront rencontrés essentiellement :

- des hallucinations sensorielles, parfois intenses (Obs. 14, 15, 16)
- des bouffées délirantes aigues avec état furieux entraînant attentats ou rixes, nécessitant l'intervention des camarades de la police.

- des bouffées aigues de délires à thèmes professionnels, rarement idéologiques ou politiques chez ces travailleurs manuels.

- des délires de persécution.

Dans tous ces éléments délirants, il faut distinguer :

- des interprétations délirantes, simples conséquences de la fatigue, du surmenage, des émotions, qui disparaîtront lorsque progressera l'adaptation.

- des délires systématisés primitifs incurables et qu'il faudra rapatrier comme on le fait

- des schizophrénie, affection fréquente en Afrique, souvent de constitution rapide.

C - BRONCHOPNEUMOPATHIES AIGUES

Les dernières guerres ont permis aux médecins français de constater l'extrême fragilité bronchopulmonaire des Africains Noirs et leur particulière prédisposition aux bronchopneumopathies aigues; ces malades sont vraisemblablement la traduction d'une sensibilité importante au froid. Chez les Européens déjà, c'est volontiers par des affections de l'arbre aérien que se traduisent les modifications climatiques soudaines; chez le sujet Noir de nombreux facteurs supplémentaires aggraveront la fréquence et le sérieux de ces atteintes respiratoires.

- Physiologiquement la mécanique respiratoire est différente (2); la capacité pulmonaire vitale est réduite à 2,1 litres contre 2,5 l. chez l'Européen; cette moindre capacité est compensée par des mouvements respiratoires plus rapides et, si l'oxygénation, la saturation de l'hémoglobine, est la même, le renouvellement en air froid est très intensifié, aggravant la thermolyse locale et générale.

- Le riche système vasculaire dermique exagère encore cette thermolyse et dans les travaux difficiles la sudation reste abondante malgré le changement de climat car le nombre de glandes sudoripares est élevé. L'Africain Noir connaît brusquement une température extérieure moyenne beaucoup plus basse et surtout les écarts quotidiens très augmentés, pour ceux d'entre eux qui viennent de la côte ou des vallées; enfin, ils sont spécialement victimes dans la journée, des sautes brutales de température des locaux chauffés à la rue.

- Au point de vue vestimentaire, ils sont aidés dès l'arrivée dans les ports par leurs "frères" d'ethnie et pourvue d'un minimum indispensable; mais la saison des migrations va de mai à septembre et bien des travailleurs expédiés dans les centres urbains du Nord, se trouveront sans même un imperméable à l'entrée de l'hiver; cet achat couteux sera souvent remis de lendemain en lendemain par économie.

- L'insuffisance de la ration calorique, et surtout l'insuffisance en lipides, a souvent été décrite comme grande resposable des bronchopneumopathies observées; en fait, dans l'armée où les rations sont égales, dans les camps de prisonniers où la faim est la même pour tous, la fragilité noire est restée évidente.

- Le chauffage dans les dortoirs, c'est le triste poêle à charbon et tout ce qu'il suppose de poussières d'humidité et d'oxyde de carbone dans ces locaux étroits; c'est aussi la dépense déconcertante créée par un besoin nouveau et l'économie qu'on tente de réaliser sur une denrée chère.

- Enfin, c'est la poussière des villes, très insalubre surtout pour qui ne l'a jamais respirée.

Les rhinites, sinusites, angines existent mais n'obligent pas toujours à l'hospitalisation et sont soignées avec plus ou moins de bonheur à domicile; les médecins des grosses entreprises ne voient pas le travailleur malade pour ce genre d'affections; lorsqu'il consulte, et c'est rare, il s'agit plus souvent d'une toux qui a alarmé ses camarades d'atelier et qui n'est pas toujours due à une tuberculose, mais à une bronchite sans gravité.

Les pneumonies sont vues à l'hôpital (Obs. 10, 14) : le début brutal, le clocher thermique à 40°, l'état général rapidement très atteint ayant effrayé l'entourage; ce sont presque toujours des pneumonies à germes banaux; ce type de pneumonie franche, lobaire de moins en moins rencontré dans la région parisienne, cède facilement aux antibiotiques, mais il faut attendre la crise pour voir survenir une guérison totale. Evidemment il faudra toujours évoquer aussi l'éventualité d'une pneumonie ulcéro-caséeuse tuberculeuse, forme particulière à ces sujets comme nous le verrons un peu plus loin; d'une pneumonie loefflerienne,chez ce parasité, dont le diagnostic sera suggéré par l'éosinophilie importante (Obs. 8).

En résumé, qu'il existe ou non un facteur racial dans cette fragilité de l'alvéole pulmonaire, elle semble liée de façon étroite à la découverte des saisons marquées et de l'hiver des pays tempérés par ces africains de la zône tropicale dont l'adaptation normalement difficile, est encore compliquée par une conditions sociale désastreuse.

Sous l'impulsion du B.E.R.A.*, le 16 Février 1963, le journal "Le Monde" publiait un appel en faveur des travailleurs noirs victimes du froid, dans le même temps 11.000 tracts étaient distribués dans Paris; cette campagen réunissait quatre tonnes de vêtements résultat tangible du sens de l'entraide et de la réalité du problème, mais solution palliative.

---

* Bureau d'Etude des Réalités Africaine
18, rue des Tanneries, PARIS XIII°

D - LES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Tous, patrons, contremaîtres, camarades d'ateliers s'accordent à reconnaître sans paresse ces lenteurs et maladresses couramment observées chez ces travailleurs Noirs : comment ce rural habitué au rythme de la terre et du fleuve, pourrait-il, d'emblée, se trouver à l'aise dans les travaux rapides et précis de l'usine; et pourtant nous savons que ce ne sont pas les gestes automatiques des chaines de fabrication qui leur sont confiés, mais bien simplement ce qu'on désigne par le vocable "manutention", terme qui recouvre toutes les besognes simples (nous ne disons pas reposantes) : transport de pièces par charriots d'un atelier à l'autre, emballages, nettoyages, magasinage, rangement d'entrepôts etc... cet ouvrier improvisé, gêné dans ses mouvements par le port des chaussures, risque ses mains dans les travaux inconnus; son acuité visuelle et auditive n'ont le plus souvent, jamais été testées et, faibles, risquent d'être à l'origine d'accidents de travail graves; ces conséquences seront fâcheuses pour lui et pour l'entreprise qui l'emploie : nous avons trouvé une illustration de ce nouveau problème d'adaptation dans une étude limitée, résumée par la figure n° 6; nous constatons combien pieds et mains sont touchés, mais il faut apporter un correctif : il s'agit d'une entreprise de tolerie et de fonderie et les pièces fabriquées sont lourdes et coupantes. C'est malgré tout une année de travail que coute l'embauche de 60 personnes. Mais on peut affirmer qu'il s'agit là d'un passage difficile; les ouvriers qui réussissent à demeurer dans l'Industrie plus d'un an, ne présentent pas un pourcentage d'accidents supérieur à celui des ouvrier employés aux mêmes tâches (20°/₀ par an environ dans l'entreprise considérée); ils parviennent aussi progressivement, aux travaux prétendus plus difficiles, mais nécessitant en fait une meilleure connaissance de la machine et une plus grande confiance en soi. Cependant si l'adresse devient la même, si la résistance s'améliore, une certaine lenteur persiste; adaptation insuffisante, facteur racial, ou refus inconscient d'accepter des cadences souvent assez inhumaines, nous manquons de recul pour en saisir vraiment les causes, peut-être même la réalité.

A l'origine de ces accidents de travail, entre aussi l'ensemble de la pathologie décrite, qu'il s'agisse d'une anémie, d'une baisse de l'acuité visuelle comme nous venons de le dire, d'une asthénie, d'une fièvre modérée et persistante ou de la faim, ainsi ce jeune noir nourri de quelques bananes, et dont la chute en plein travail fut cause d'un grave traumatisme crânien.

E - LA TUBERCULOSE

L'indice de la Tuberculose est encore en France assez inquiétant, et ceci expliquerait déjà la facilité avec laquelle ces "sous-prolétaires" peuvent être atteints, eux dont les conditions de vie sont très favorables à l'éclosion de foyer épidémiques; mais ils sont encore plus sévèrement frappés pour plusieurs raisons :

1 - Indice de la tuberculose important dans les pays d'origine.

2 - Absence de contrôle au cours de la migration :

- contrôle exceptionnel de l'allergie tuberculinique en Afrique.
- absence de visite de dépistage au départ d'Afrique
- radioscopie et cuti-réaction lors des visite d'embauche insuffisantes à diagnostiquer tous les cas.
- absence de contrôle systématique au cours de la première année de séjour.

3 - Connaissance insuffisante de l'affection, dont les symptômes sans gravité au début ne modifient pas leur décision d'émigrer; et certains arrivent après un voyage fatigant, avec des lésions importantes nécessitant une hospitalisation immédiate, en fait trop souvent retardée.

4 - Réceptivité importante due au stress de l'adaptation; en général 2/5 des hospitalisés ont moins d'une année de séjour d'ailleurs même en Afrique, la simple transplantation locale fait naître de nouveaux foyer de Tuberculose.

Lorsque sont réunies toutes ces raisons d'être tuberculeux peut-on encore parler de facteur racial ? Beaucoup ont voulu que le sujet Noir soit particulièrement sensible à la Tuberculose; en fait l'arrivée du Bacille de Koch en Afrique est récente, n'a jamais été enrayée, et de moins en moins contrôlée; ces raisons rapprochées du niveau de vie et d'hygiène africain suffisent à expliquer, là encore, cette flambée de tuberculose en Afrique Noire indépendante.

En France, l'infection tuberculeuse chez le transplanté africain peut se manifester de façons différentes (20 - 21) :

1 - Chez le sujet vierge de tout contact avec le B.K. à son arrivée à Paris, elle se traduira soit par un virage des réactions cutanées sans histoire clinique soit par une tuberculose de première invasion, parfois sur le mode sur aigu (granulie, pneumonie ulcero-caséeuse) le plus souvent sur le mode ganglionnaire ou séreux, quelquefois enfin sous forme d'une tuberculose parenchymateuse commune.

2 - Chez le sujet possédant un passé allergique, mais subissant une réinfection sévère dans de mauvaises conditions, l'infection tuberculeuse s'exprimera soit par une tuberculose pulmonaire commune, soit par une tuberculose ganglionnaire externe, soit par une tuberculose osseuse, soit par une tuberculose séreuse ou ganglionnaire profonde; mais ces dernières localisations sont très discutées, car elles paraissent difficilement acceptables dans les cas de réinfection; cette hypothèse expliquerait pourtant le nombre des formes ganglionnaires profondes.

Nous évoquerons rapidement cette pathologie tuberculeuse dans ses aspects originaux :

- Les tuberculeuses osseuses, les épididymites sont rares (Obs. 19)

- Les tuberculoses ganglionnaires externes sont d'évolution lentes et de toutes les formes rencontrées, les plus résistantes au traitement antituberculeux. (Obs. 17)

- Les tuberculoses pulmonaires aiguës sont banales cliniquement et radiologiquement, le plus souvent; parfois, quelques formes suraiguës, rarement rencontrées en France à notre époque, évoquent chez ces malades une tendance à un développement malin; on ne constate pas cette tendance en Afrique; les conditions de contamination à Paris, surtout pour les premières infections, provoqueraient donc ces formes dangereuses.

Toutes les formes ordinaires réagissent admirablement au traitement antituberculeux normal.

- Les tuberculoses des séreuses (Obs. 20), ont comme particularité de donner davantage de signes fonctionnels; elles sont donc en général, dépistées beaucoup plus facilement. Primo-infection ou re-infection ont été évoquées à leur origine. La cortico-thérapie ajoutée au triple traitement anti-tuberculeux permet un assèchement rapide des épanchements.

- Les tuberculoses ganglionnaires profondes sont les plus fréquentes et les plus intéressantes :

. elles traduisent un ensemencement lymphatique aigu particulier à ces transplantés.

. elles semblent de constitution explosive présentant souvent des adénopathies médiastinales de volume énorme, sans atteinte concommitante de l'état général et souvent sans signes fonctionnels.

. elles s'accompagnent rarement d'atteintes bronchiques ou parenchymateuses.

. elles font leur preuve bactériologique en core plus rarement que les autres atteintes

. elles paraissent surtout inflammatoires, et fondent le plus souvent très vite sous l'influence des traitements anti-tuberculeux et corticoïdes associés.

Que ces adénopathies tuberculeuses soient dues à une primo ou une ré-infection, peu importe : elles constituent une entité clinique et radiologique bien individualisée et leur semi-latence rend absolument nécessaire un dépistage systématique pour leur reconnaissance.

En considérant cette maladie tuberculeuse des populations Noires de la région parisienne, on peut se réjouir :

- de la résolution facile des lésions sous traitement bien conduit,
- de la douceur et de la docilité des malades au début de l'hospitalisation,
- des conditions de soins excellentes que représente pour eux cette hospitalisation.

mais il faut déplorer :

- la discrétion constante de l'atteinte de l'état général au début, rendant le dépistage délicat,

- la fréquence des formes avec adénopathies médiastinales sans traduction clinique,
- la longueur du traitement que ces malades acceptent rarement,
- l'absence de surveillance du milieu de vie avant et après l'hospitalisation;

et nous reviendrons sur ces considérations dans un chapitre de commentaires, qui englobera l'exposition et la critique des solutions déjà proposées ou à imaginer.

* * * * * * *

CHAPITRE QUATRIEME

* * * * *

COMMENTAIRES

I - Médicaux :

Les affections rencontrées chez l'émigrant Noir présentent exceptionnellement une extrême gravité. Certains cas sévères nécessitent pourtant de longues hospitalisations ou même le rapatriement. C'est alors l'échec des projets, le gaspillage d'un passage aller et retour qui aurait pu être évité par un simple examen médical, dans bien des cas, au départ d'Afrique. L'immigrant n'est pas seul à pâtir de cette situation, ses camarades d'ethnie supportent aussi pécuniairement les conséquences de son infortune.

L'extension, dans ces communautés d'immigrants africains, de la Tuberculose, vient mal à propos relever l'indice français de cette affection, dont la hausse progressive, fait actuellement reparaître les inquiétudes des responsables et de l'opinion; elle constitue la plus grave endémie rencontrée au sein de cette population défavorisée, de bon pronostic par son excellente sensibilité au traitement, elle pose cependant de difficiles problèmes médico-sociaux.

D'autres bactérioses et viroses sont inquiétantes : la Variole, si la falsification des certificats médicaux s'étend aux carnets internationaux de vaccination; la Lèpre, par l'effroi qu'elle

soulève, les maladies vénériennes dont nous pouvons redouter l'extension. Les affections parasitaires nécessitent le plus souvent un hôte intermédiaire; celui-ci manque sous nos climats, elles ne sont donc pas transmissibles; mais l'amibiase, par exemple, est à craindre.

Cette pathologie exotique nous offre l'occasion de diagnostics rares et passionnants; les difficultés d'adaptation et la pathologie qui en résulte, devraient être l'occasion d'études approfondies de la part des médecins, psychologues et sociologues; la Tuberculose elle-même, est originale dans ses aspects. Tout ceci mériterait un regroupement hospitalier offrant des consultations, des laboratoires d'analyses et de recherche spécialisés. "Certes, nous pouvons nous réjouir des facilités qu'offrent ces malades pour l'enseignement de la Médecine Tropicale" écrivent MM. L.C. BRUMPT et M. GENTILINI, "les praticiens, les médecins hospitaliers, les médecins du Travail et d'Hygiène Préventive, les étudiants apprennent l'importance de la Parasitologie et de ses interférences avec la clinique quotidienne".

II - Médico-sociaux :

Un certain nombre d'inquiétudes naissent de cette migration vers un Paris surpeuplé.

a - dans le domaine hospitalier :

A la différence de certains sujets originaires d'Afrique du Nord, l'hospitalisation des travailleurs Noirs est, en règle, justifiée; quelque soit l'importance de leur blessure ou maladie, seul l'hôpital leur offre des soins normaux impossibles à pratiquer à domicile; de plus, ils sont habitués à recevoir des soins en milieu hospitalier, l'hôpital,

l'ambulance, le dispensaire de brousse constituant le hâvre normal d'un africain; la consultation chez le praticien n'est pas conforme aux moeurs locales; Les hospitalisations sont supportées avec patience tant qu'elles n'excèdent pas une certaine durée; au delà la sortie est réclamée impérativement, surtout si le sujet se sent apte au travail; les phtisiologues rencontrent de très grandes difficultés dans ce domaine et leurs malades leur échappent souvent. La rentabilité du regroupement dans un service unique est, ici encore, évidente.

b - Leur installation est désastreuse; les chambres d'hôtels garni" que nous avons décrites, les sous-sols de certains établissements, les quelques chambres louées chez le "particulier" dans des quartiers insalubres de Paris représentent le lot obligatoire de ceux qui ne peuvent ou ne veulent consacrer une part importante de leur budget au logement.

"Dans notre ville ils mènent une vie laborieuse et économisent au maximum pour envoyer la fraction la plus importante de leur salaire dans leur pays d'origine, où ils assurent aux autres membres de la famille ou du clan, un minimum vital" (L.C. BRUMPT et M. GENTILINI) (1). Louer un lit de 50fr. par mois, c'est réaliser une importante économie sans entrevoir les conséquences : l'entassement dans ces habitations misérables va pourtant favoriser le développement des tuberculoses extensives, la seule mesure prise contre cet état de fait pendant ces trois dernières années, fut la fermeture d'un ou deux de ces établissements.

c - L'isolement :

Entassés par groupe de même ethnie dans ces tristes pièces, les travailleurs Noirs sont donc pauvres par économie et réussissent à survivre en observant une vie communautaire

totale. Leur origine, leur mode de vie, leur ignorance de la langue, leur religion, en font des isolés coupés de la vie citadine qui les entoure; deux traits d'union existent cependant :

- le responsable local, parlant suffisamment français pour résoudre les problèmes administratifs, assurer la liaison avec les entreprises ou le cas échéant les hôpitaux.

- l'assistante sociale, seul élément de contact théoriquement envoyé vers eux par notre société. Comment cette femme ne parlant aucun dialecte africain, pourra-t-elle facilement affronter ces collectivités d'hommes, enquêter sur leurs conditions de vie, ne pas confondre entre eux des individus contagieux, blessés ou convalescents dont les noms sont souvent identiques au sein d'une même ethnie, comprendre la discrétion et la sensibilité du malade Noir*.

Souvent au reste, un départ précipité viendra décourager les contacts établis. Il n'est pas exceptionnel en effet qu'un chef coutumier ou le responsable du groupe décrète le rapatriement d'office.

Des Associations privées qui ont déjà l'expérience de ce problème, proposent des visites à domicile, des assistantes ou assistants médicaux africains, une initiation à l'hygiène des grandes villes par l'information audio-visuelle.

d - La dissémination :

La dissémination des points d'implantation est très importante (fig. 6); le "quartier noir" n'existe pas à Paris; personnellement, nous avons pu relever de nombreuses adresses grâce à la lecture des fiches d'hôpitaux, à l'obligeance d'associations privées, d'entreprises; les commissariats de

---

* Nous connaissons toutefois les activités d'une assistante sociale Malienne.

police situent cette immigration sans pouvoir toujours la chiffrer exactement; la tenue des registres d'"hôtels" est d'ailleurs peu rigoureuse.

Cet éparpillement à travers toute la ceinture de Paris et dans certains arrondissements, aggravent l'isolement de ces hommes; leurs lieux de travail sont par surcroît très distants de leurs habitations, un essai de dépistage de la tuberculose à domicile a nécessité quelques camions spécialement équipés par la Direction de l'Hygiène Sociale de la Préfecture de la Seine. Parallèlement ont été proposées des mesures coercitives pour venir à bout de l'endémie tuberculeuse : convocations impératives, surveillance par des commissions d'hygiène, vaccinations obligatoires, constitution d'un fichier très rigoureux. Les résultats seront sans doute très décevants. Cette masse est très fluctuante et toute mesure suivie a peu de chance d'aboutir à un résultat concret; l'information et la persuasion donneront en tous cas le maximum de chances de réussir à les soigner.

e - <u>La médecine du travail</u> :

La médecine du travail traditionnelle pratiquée dans les entreprises pourrait beaucoup actuellement pour ces ouvriers; la visite d'embauche devrait être l'occasion d'interdire le travail aux malades africains qui ignorent leur affection; dans ce but quelques examens complémentaires seraient indispensables, mais les entreprises ne veulent pas que la médecine pratiquée chez elles dépasse le cadre strict de leurs obligations légales et refusent la moindre dépense supplémentaire; la routine de l'examen radioscopique, permet au moins quelques dépistages de tuberculoses pulmonaires, qui non reconnues s'aggraveraient brutalement pendant la phase d'adaptation; les parasitoses elles-mêmes, bien tolérées en

Afrique, le sont moins après quelques mois de travail à Paris, les visites systématiques rendent les plus grands services, mais elles ont lieu annuellement, or la majorité des incidents entrainant l'hospitalisation du travailleur Noir survient dans les premiers mois suivants l'arrivée. Parfois l'ouvrier vient consulter au service médical de l'usine pour les symptômes d'une maladie tropicale qui ne seront pas toujours reconnus par le médecin d'entreprise, peu entrainé à ces diagnostics; plus souvent la maladie entraine une hospitalisation directe dont l'usine n'aura pas connaissance. Le va-et-vient de cette main d'oeuvre décourage souvent toute enquête.

Actuellement, pour ces sujets, il suffirait de compléter la visite d'embauche par une vaccination B.C.G. et des contrôles radioscopiques trimestriels pour réaliser au moins une solide prophylaxie antituberculeuse.

f - Cette migration ne prendra peut-être pas une très grande extension; 25.000 Africains Noirs sont installés à Paris et pour ceux-là des initiatives privées se manifestent, tentant d'améliorer le niveau de vie et proposant des solutions pour l'avenir; des associations A.F.T.A.M.*, B.E.R.A., Accueil et Promotion ** ont commencer l'alphabétisation en créant des classes du soir dans les écoles primaires de plusieurs quatiers de Paris (fig. 5) elles s'attachent beaucoup à la décentralisation, à l'envoi des travailleurs Noirs en province où les usines proposent des conditions de logement décentes et où l'hygiène urbaine et le climat leur sont plus favorables. La construction de foyers est projetée, ainsi que l'aménagement de centre de pré-formation, permettant une initiation au langage, à la vie citadine, à l'usine, tentant de

---

* Association pour la Formation Technique de Base des Africains et Malgaches - 42 rue de Richelieu Paris.

** Accueil et Promotion - 14 rue St Benoit Paris.

réduire le bouleversement de la venue en France, et d'améliorer leurs conditions futures de travail, permettant même, par un séjour dans notre pays devenu profitable, sur le plan professionnel, d'envisager un reclassement en Afrique. Mais ces Associations attendent les fonds nécessaires à toutes ces réalisations. Et il serait pour le moins souhaitable que les Gouvernements intéressés participent activement à ce problème, que les Associations d'étudiants Africains à Paris notamment, se préoccupent davantage de leurs propres prolétaires, sans laisser à d'autres cette activité philanthropique, quitte à la décrier par la suite; il est curieux de constater combien ces deux collectivités d'âge et d'origine identiques, vivent totalement séparées.

III - Socio-économiques

Il faut tirer un rapide bilan de cette situation :

Pour le travailleur africain : les conditions d'embauche ne sont pas celles qu'on lui avait fait espérer, et le cadre de sa vie en France, les difficultés matérielles auxquelles il se heurtera constamment, la vie dans ces communautés privées de présences féminines, lui laisseront souvent de pénibles souvenirs, mais il aura la satisfaction d'avoir réuni un très modeste pécule, d'avoir gagner le dot qui lui permettra de se marier au retour, ou la somme nécessaire à l'achat d'un petit commerce; mais, nous l'avons vu, il paiera parfois de sa santé le choc de l'adaptation. Sur le plan professionnel, il n'aura rien appris; certains journaux ont voulu faire entendre que le travailleur africain tirait de sa venue en France une formation technique et syndicale; en fait, les conditions dans lesquelles il est employé et la courte durée de son séjour, l'écartent le plus souvent de tout apprentissage. Il aura malgré tout découvert le monde du 20ème siècle à travers l'agitation intense et le développement matériel de Paris et acquis le prestige du voyageur

vis-à-vis de ceux qui l'attendent en Afrique; les avantages moraux de l'étudiant, autrefois seul à voyager, en pâtiront d'autant.

Pour la France, il est coûteux et déraisonnable de laisser s'installer une classe si défavorisée; évidemment notre pays a besoin de la main d'oeuvre étrangère et l'Office National d'Immigration se tourne actuellement encore vers de nouveaux Etats; si dans l'avenir comme certains économistes d'envisagent, nous devons être amenés à proposer des contrats de travail aux masses africaines Noires, mieux vaut dès maintenant organiser leur immigration et leur formation professionnelle, car c'est de main d'oeuvre semi-spécialisée dont nous aurons de plus en plus besoin.

Quant aux Républiques Africaines, elles désirent un développement de leur agriculture, et la création d'une ébauche d'industrie lourde, procurant du travail sur place à leurs ressortissants. Elles savent que, si elle permet l'éloignement d'un certain nombre de mécontents, ou d'inoccupés, cette émigration n'est pas une solution d'avenir même si elle entraine un enrichissement en retour. Elles ont donc accepter avec facilité, une règlementation plus sévère de la circulation des personnes; mais dans le cadre de la Communauté, tout contrôle sévère est pratiquement impossible.

IV - Critique des solutions

Les accords passés avec les pays d'Afrique de l'Ouest prévoient les conditions pour les apports de main d'oeuvre d'une façon tout à fait comparable à la procédure suivie par l'O.N.I. dans les pays où cet organisme ne possède pas de mission de recrutement propre, et où les consuls français contrôlent toutes les démarches; les accords sont récents et, lacune importante, les critères exigés pour les visites médicales des émigrants n'ont pas été encore établis. Mais peut-on croire à l'efficacité de ces accords ? La figure n°3 nous instruit à ce sujet : en Mai 1963, on constate dès la mise en

application des accords avec le Mali, l'apparente disparition des ressortissants de ce pays sur les listes des passagers; par contre le nombre des émigrants Sénégalais double ! En fait, les candidats changent avec facilité de nationalité; la carte d'identité s'établissant seulement au moment de la demande de départ. Les déplacements de populations dans ces pays pour longtemps encore seront très difficiles à surveiller.

Le "passeport sanitaire", imaginé à Paris (L.C. BRUMPT, M. GENTILINI) bien avant la signature des conventions, constituait à l'époque une très bonne solution; dans le cadre de la Communauté, il venait compléter le passeport national et le carnet international de vaccination; il permettrait de mieux cerner l'identité des individus par les renseignements biologiques qu'il comportait, ne constituait aucune entrave au déplacement car facilement établi au port d'embarquement, mais permettait un contrôle médical sérieux. Dans le cadre des accords bilatéraux, rien ne s'opposerait à la création de ce passeport.

Actuellement pour que la France prenne la resposabilité d'un contrôle officiel unilatéral, dans ses ports et ses aérodromes, il faudra que les dernières Conventions aient fait la preuve de leur échec au point de vue sanitaire.

Dans le cadre d'un contrôle obligatoire et sérieux, on peut envisager un équivalent du passeport sanitaire, appelé "livret sanitaire"* par exemple, avec un double classé dans un fichier central et la présentation obligatoire pour tout embauche. Il comprendrait au moins les examens suivants :

- recherche du sucre et d'albumine dans les urines
- cuti-réaction tuberculinique
- radio photographie thoracique
- numération, formule sanguine avec le test de falciformation

---

* Déjà mis au point par une association privée.

- examen ophtalmologique comprenant :
  examen à la lampe à fente,
  fond d'oeil.
- recherche attentive d'une malformation cardiaque
- d'une hépato-splénomégalie, d'adénopathies
- prise de tension artérielle

Ce bilan est très incomplet mais il a l'avantage de ne pas être onéreux et de permettre de refouler un certain nombre de malades avant leur débarquement définitif.

Pour l'immédiat nous souhaitons que soient prises quelques mesures simples, tendant à contrôler l'endémie tuberculeuse chez ces travailleurs, à améliorer leurs conditions de logement, faisant enfin une obligation à la Médecine du Travail d'exercer une surveillance mieux adapter à leur condition d'africains immigrants.

* * * * * * *

C O N C L U S I O N S

* *

I - L'accroissement continu de la main d'oeuvre noire, originaire d'Afrique francophone, est maintenant un fait évident dans la région parisienne.

Il n'existe pas de statistiques officielles, mais les maladies découvertes en France chez ces travailleurs paraissent entrainer des hospitalisations proportionnellement nombreuses et prolongées, mais pleinement justifiées.

L'absence de surveillance médicale au départ d'Afrique, les conditions d'arrivée et de vie en France de ces Noirs rendent compte de la pathologie rencontrée chez eux.

II - Originale et variée, souvent sévère, de traitement délicat, cette pathologie se présente sous deux aspects :

La pathologie d'apport : est essentiellement parasitaire et déconcerte le praticien, ces problèmes diagnostiques peu communs en France obligent souvent à recourir aux spécialistes et laboratoires compétents; elle réclamerait un regroupement hospitalier des malades, tant pour leur observation et traitement, que pour l'intérêt pédagogique qu'ils suscitent, enfin elle n'est pas démunie d'un certain danger pour la société : syphilis, blennorragie, lèpre...

La pathologie d'acquisition : c'est en grande partie une pathologie de l'adaptation psychique et biologique de ces sujets agriculteurs ou pasteurs transplantés dans l'industrie, illettrés, vivants dans des conditions climatiques, économiques, affectives nouvelles et difficiles; c'est surtout la tuberculose, parfois importée d'Afrique, le plus souvent contractée en France elle est fréquemment d'expression ganglionnaire, rendant son diagnostic plus difficile; la promiscuité de ces collectivités provoque une facile dissémination, leur mode de vie, un traitement aléatoire.

III - Cette situation n'est pas rentable, ni pour ces travailleurs, ni pour l'Etat qui les envoie, non plus pour celui qui les reçoit. Il conviendrait au minimum, par des examens médicaux adéquats de rechercher la rentabilité d'une telle main d'oeuvre, mieux améliorer les conditions de voyage, de séjour, de travail, de ces sujets actuellement à peine moins avilissantes que celles du 18ème siècle.

IV - La mesure la plus efficace serait la création d'un "passeport sanitaire" qui complèterait le carnet de vaccinations.

Dans le cas des travailleurs noirs africains, cette pièce pourrait être établies dans le port d'embarquement, Dakar ou Conakry, dont l'équipement hospitalier est suffisant.

Il n'est pas impossible, dans l'avenir d'étendre à tous les traveilleurs immigrants, notamment de pays en voie de développement, cette mesure de médecine préventive.

V - Des conventions récentes, moins idéalistes, tentent d'établir une limitation de cette immigration et une garantie sérieuse au point de vue médical, mais les difficultés politiques aboliront sans doute l'efficacité de ces mesures.

Décentralisation de cette main d'oeuvre pour son mieux être, lutte contre la tuberculose, surveillance plus étroite par les médecins d'entreprises, alphabétisation, tels sont les objectifs que notre pays peut viser, en attendant qu'un contrôle vrai, surtout médical, puisse être organiser par l'Ofice National d'Immigration en accord ou non avec les nations intéressées.

* * * * * *

OBSERVATIONS

(Obs. n° 1) : SILLY Konaté - BILHARZIOSE VESICALE

Malien, admis à l'hôpital Broussais-Antoine Chantin pour hématurie. En France depuis 4 mois. Manoeuvre dans une usine parisienne, l'hématurie a été découverte au cours de l'examen systématique d'usine. Eosinophilie à 40 °/₀, Réaction de Vogel positive (Institut de Parasitologie, Faculté de Médecine), présence d'oeufs de Schistosoma haematobium dans les urines. Cystoscopie montrent des images typiques de bilharziose vésicale. Traitement par l'anthiomaline pendant 6 semaines. Examen d'urines négatif à la fin du traitement, éosinophilie résiduelle à 4 °/₀.

(Obs. n° 2) : KAMARA Segoud - BILHARZIOSE VESICALE

Mauritanien, en France depuis 4 mois, sarakolé du cercle de Guidimako, village de Testay ; âgé de 35 ans environ, employé comme manoeuvre, admis à l'hôpital Bichat (Dr. LONGUET) pour hématurie. Eosinophilie à 25 °/₀, hématurie remontant à l'enfance. La cystoscopie ne révèle pas d'images interprétables. L'urographie I.V. est normale. Le malade est vu par un urologue, le diagnostic de bilharziose vésicale est évoqué, mais sur la notion d'un seul examen des urines négatif, Mr. K... est opéré pour une tumeur de la vessie. L'intervention révèle l'existence de lésions typiques de bilharziose vésicale. Fermeture et cure d'anthiomaline. Le malade est encore actuellement hospitalisé. Pas de contrôle médical au départ de Dakar.

(Obs. n° 3) : KAMARA Boulaï - BILHARZIOSE VESICALE

Mauritanien, en France depuis 3 mois, admis à l'hôpital Lariboisière (Dr. Worms) pour hématurie ; l'éosinophilie est à 26 °/₀; présence d'oeufs de Schistosoma haematobium dans les urines ; n'a subi aucun contrôle avant le départ de Dakar.

(Obs. n° 4) : SOUMARE Domba 22 ans - BILHARZIOSE VESICALE
HEPATO-SPLENOMEGALIE
HEMOGLOBINE ANORMALE

Malien du cercle des Kayes. En France depuis un mois. N'a pas été encore embauché. Admis à l'hôpital Bicêtre (Pr. DEPARIS) pour un mauvais état général. Il s'agit en effet d'un malade maigre, porteur d'une hépatomégalie de 15 cm. et d'une splénomégalie palpable.
L'éosinophilie est à 15 °/₀. Présence de Schistosome haematobium dans les urines, pas de S. mansoni dans les selles. La laparoscopie (Dr. PAOLATGI) conclut à l'existence d'une cirrhose avec foie atropho-hypertrophique et d'une cirrhose macronodulaire portant sur le foie et sur la rate. L'électrophorèse d'hémoglobine (Dr. DE TRAVERSE) conclut à l'existence d'une hémoglobinose C hétérozygote. Le rapatriement du malade est demandé.

(Obs. n° 5) : SOW Abdou - 24 ans - FILAIRE DE MEDINE
BILHARZIOSE VESICALE

Mauritanien, Toucouleur, né vers 1935, originaire du cercle de Bakel, en France depuis 4 mois ; manoeuvre, admis à l'hôpital Bichat (Dr. NARDI) pour abcès de la jambe droite. Il s'agit en fait d'un abcès filarien, ayant entraîné un gros retentissement sur l'état général, amaigrissement, fièvre à 40°. Excision, mise en place de quatre lames, après évacuation de masses sphacéliques allant de la cheville jusqu'au creux poplité. Aucun contrôle médical avant le départ de Dakar.

(Obs. n° 6) : N'DYAYE Boulaï - FILAIRE DE MEDINE

Mauritanien, Sarakolé, né vers 1934, originaire du cercle de Guidimado, en Vrabce depuis 4 mois manoeuvre, admis à l'hôpital Bichat (Dr. LONGUET) pour fistule de la cheville droite et abcès de la fesse gauche. Il s'agit en fait de deux filaires de Medine, l'une avec phlyctène ouverte, l'autre avec grosse réaction inflammatoire précédant la sortie. Aucun examen médical au départ de Dakar.

(Obs. n° 7) : DRAME - FILAIRE DE BANCROFT ET LOA-LOA.

Malien, âgé de 30 ans environ, depuis 3 mois en France, employé comme manoeuvre, admis à l'hôpital Fernand-Widal (Pr. Ag. GAULTIER) pour une éosinophilie à 30 °/° découverte au cours d'une formule sanguine pour asthénie. Les frottis, tant de jour que de nuit, montrent la présence de micro-filaires Loa-Loa et de Bancroft. Le malade reçoit une cure de carbamazine à dose progressive et prolongée, pendant un mois. Eosinophilie résiduelle à 5 °/₀. Pas de contrôle médical avant le départ de Dakar.

(Obs. n° 8) : DRAME Fodié - ONCHOCERCOSE

Malien de 33 ans, du cercle de ?, hospitalisé dans le service du Pr. MILLIEZ à l'hôpital Beaujon, pour pneumopathie aiguë du sommet droit avec foyer à la radiographie, hyperleucocytose

avec polynucléose à 90 °/₀ et anémie à 2 millions ; il s'agit d'un foyer Loëfflerien, en effet sous pénicilline et nivaquine ; involution du foyer mais apparition d'une éosinophilie à 48 °/₀ faisant rechercher une parasitose. L'anémie reste sans explication, mais on découvre une bilharziose vésicale ; le malade passe en hématologie en novembre 1962 pour de nouvelles explorations. La découverte d'une hydrosadénite du creux axillaire gauche et de macro et micro-

nodules sur les membres et le tronc, très prurigineux, de type gale, font évoquer une filariose de type onchocercose, confirmée par une biopsie cutanée, découvrant une macrofilaire. Traitement par la carbamazine vers la fin novembre, entraînant un pic éosinophilique à 81 °/₀. 15 jours après la V.S. est encore à 78 - 110 - 138 et les éosinophiles à 74 °/₀. Le malade sort avec un traitement pour trois semaines. Depuis aucune nouvelle.

(Obs. n° 9) : MAREGA Lassala - 23 ans - ACCES PALUSTRE ?

Malien, du cercle de Segou. Manoeuvre. En France depuis 6 mois. Admis à l'hôpital Bicêtre (Pr. DEPARIS) pour fièvre à 40° avec leucopénie à 2.000 dont 47 °/₀ de polynucléaires. Le frottis de sang ne révèle pas de parasites. Sur la foi d'un seul examen négatif, le diagnostic d'accès palustre est écarté et le malade reçoit des antibiotiques qui vont tous s'avérer inefficaces. Ni la pénicilline, ni le chloramphénicol, ni la Colimycine, ni la Flabelline, ni la Streptomycine, ne modifient l'allure de la courbe thermique qui prend un type rénittent allant de 40°6 à 38° pendant 18 jours. Les frottis de sang ne sont pas répétés. Aucun anti-palustre n'est administré. La fièvre descend en lysis au 21ème jour et le malade est guéri. Hémoculture et séro-diagnostic de typhoïde et de Brucellose sont négatifs. Le malade sort guéri mais l'épisode fébrile n'est pas étiquetté.il s'agit en fait très certainement d'un accès pallustre ayant évolué pour son propre compte et qui a cessé spontanément.

(Obs. n° 10) : N'DIAYE - SEROLOGIE SYPHILITIQUE POSITIVE

Sénégalais, en France depuis 6 mois, 26 ans, manoeuvre, admis à l'hôpital de Bicêtre (Pr. DEPARIS) pour épisode pulmonaire fébrile. Réactions virales nég. Sérologie syphilitique fortement positive à toutes les réactions. Pas de visite systématique médicale avant le départ de Dakar. Syphilis traitée à l'hôpital Le Dantec de Dakar deux ans avant son arrivée en France. Le malade est adressé à une consultation de Dermato-syphiligraphie.

(Obs. n° 11) : CISSOKO - LEPRE

Sénégalais, Sarakolé du cercle de Bakel, village de Tiabou, en France depuis 2 mois, âgé de 25 ans employé comme manoeuvre, admis à l'hôpital Bichat (Pr. TURIAF) pour une macule faciale et fessière. A l'examen le diagnostic de maladie de Hansen est rapidement porté sur la notion d'une tache maculaire extensive, anesthésique à tous les modes ; ce diagnostic est confirmé par l'examen histologique qui révèle une forme indifférenciée. Examen du mucus nasal négatif, réaction de Mitsuda positive. En outre, éosinophilie à 16 °/o, présence d'oeufs de S. haematobium à l'examen d'urines. Pas de visite médicale au départ de Dakar en dehors de la vaccination anti-variolique.

(Obs. n° 12) : C.... Seydou 23 ans - LEPRE

Sénégalais, Sarakolé, originaire du cercle de Bakel, en France depuis 3 mois, employé comme manoeuvre, consulte à l'hôpital Bichat pour une tache au niveau de la face et une autre d'apparition récente au niveau de la cuisse gauche. Il est admis dans le service avec la suspicion de maladie de Hansen. Le malade est ininterrogeable mais dès le premier examen, le diagnostic est évoqué sur la notion de taches maculaires d'aspect dépigmenté et anesthésique réalisant le classique vitiligo lépreux. L'histoire de la maladie est la suivante : voici un an est apparue une zone de dépigmentation au niveau du front, s'étendant très lentement. Le malade a consulté un médecin de dispensaire de Bakel (Sénégal) où on semble avoir écarté le diagnostic de lèpre. Il est arrivé en France voici 3 mois et depuis une tache de même aspect qui s'étend progressivement, est apparue sur la face latérale de la cuisse gauche. De plus Mr. C... se plaint de douleurs erratiques et présente une rhinorrhée aqueuse assez abondante.

Depuis quelques semaines ces taches se développent de façon rapide.

Le reste des examens est normal, en particulier, pas de bacille de Hansen dans les sécrétions nasales. Sérologie syphilitique très positive. L'examen anatomo-pathologique d'un fragment cutané confirme le diagnostic de lèpre (Dr. BASSET).

(Obs. n° 13) : GOMIS - GONOCOCCIE CHRONIQUE

Sénégalais, casamançais, âgé de 26 ans, en France depuis 10 mois ; pas de contrôle médical avant le départ. Ecoulement uréthral depuis de nombreux mois, présence de leucocytes altérés et de gonocoques. Le malade est dirigé vers un service d'urologie.

(Obs. n° 14) : N'DIAYE Moktar - 27 ans - TROUBLES PSYCHIQUES

Sénégalais du cercle de Thiès. En France depuis 6 mois. Manoeuvre. Admis à l'hôpital Bicêtre pour un épisode pulmonaire aigu, traité et guéri en 8 jours d'hospitalisation ; revient périodiquement à la consultation en se plaignant d'hallucinations visuelles empêchant toute reprise du travail, demande le rapatriement.

(Obs. n° 15) : TIAN Abdou - 23 ans - TROUBLES PSYCHIQUES

Originaire de Dakar, Sénégalais toucouleur ; manoeuvre ; en France depuis un an. Examen clinique strictement normal. Examens complémentaires normaux. Hallucinations visuelles et auditives (entend tous les membres de sa famille). Malade admis en psychiatrie. Il s'agit d'un inadapté dont le rapatriement est demandé.

(Obs. n° 16) : D.... François - 23 ans - TROUBLES PSYCHIQUES

Côte d'Ivoirien. En France depuis 2 mois pour un stage dans les P.T.T. Admis en urgence à l'hôpital Bichat pour hallucinations olfactives : le malade est poursuivi par de mauvaises

odeurs et de plus craint d'incommoder tout son entourage. Il se présente à la consultation avec un paquet de compresses sous le nez. Ce malade parle et écrit correctement le français, explique très bien ses troubles. Il est hospitalisé en psychiatrie ; son rapatriement est demandé.

(Obs. n° 17) : SAKHO - ADENITE TUBERCULEUSE CERVICALE

Sénégalais, Sarakolé, âgé de 27 ans, en France depuis trois mois, employé comme manoeuvre aux usines Panhard, admis à l'hôpital de Bicêtre (Pr. DEPARIS) ; volumineuses polyadénopathie bilatérale fluctuante, avec cuti-réaction phltcténulaire, pas d'éosinophilie, présence de pus à la ponction ganglionnaire, culture sur Loewenstein positive, biopsie ganglionnaire : image typique de tuberculose. Traitement par streptomycine et Isoniazide. L'hospitalisation prolongée est extrêmement difficile à obtenir. Départ en sanatorium.

(Obs. n° 18) : DIAWARA Seikou - TUBERCULOSE PULMONAIRE

Sénégalias, Sarakolé, âgé de 23 ans, manoeuvre, en France depuis 3 ans, admis à l'hôpital Bichat (Dr. RUBENS-DUVAL) pour tuberculose pulmonaire. Aucun contrôle médical au départ de Dakar, en particulier, pas de radioscopie pulmonaire.

(Obs. n° 19) : KAMARA Boubou - MAL DE POTT CERVICAL

Sénégalais, Sarakolé, âgé de 30 ans environ, en France depuis un an, admis à l'hôpital Bichat (Dr. RUBENS-DUVAL) pour douleurs cervicales avec gêne fonctionnelle. La radio vertébrale a révélé l'existence de lésions en rapport avec un mal de Pott cervical. Pas de contrôle médical avant le départ de Dakar.

(Obs. n° 20) : KANOUTE Demba - PLEURESIE SERO-FIBRINEUSE TUBERCULEUSE.

Sénégalais, Sarakolé du cercle de Bakel, âgé de 19 ans, en France depuis 2 mois, manoeuvre, admis à l'hôpital Antoine Chantin (Pr. DOMART) pour un épanchement de la base droite avec cutiréaction fortement positive, ponction pleurale contenant 32 gr. d'albumine et 86 °/₀ de lymphocytes. Cultures sur Loewenstein. Le malade reçoit un traitement triple mixte associé (PAS, Streptomycine, Isoniaside) mais sort sur sa demande au 13ème jour d'hospitalisation. Aucun contrôle avant le départ de Dakar.

(Obs. n° 21) : OUSMANE Housseini - INSUFFISANCE MITRALE ORGANIQUE

Malien du cercle de Gao, traité à l'ambulance de Gao pour une endocardite maligne hautement fébrile pendant 3 mois. Suivi à la consultation de l'hôpital de Bicêtre pour une hématurie avec éosinophilie à 20 °/₀ en rapport avec une bilharziose vésicale remontant à l'enfance. Découverte d'un énorme souffle systolique mitral. Malade arrivé sans contrôle médical.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur L.C. BRUMPT

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. CORDIER

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

(1) - BRUMPT L.C. et GENTILINI M. -

Problèmes sanitaires posés par l'immigration des travailleurs originaires d'Afrique Noire.
Bulletin de l'Académie de Médecine 146, N° 30-31 1962.

(2) - PAILLET R. -

Contribution à l'étude de quelques constantes physiologiques chez le Noir d'Afrique.
Thèse Marseille 1952.

(3) - LINHARD J. -

Normes hématologiques chez les Africains de la région de Dakar.
Sang
27 p. 142-160 1956.

(4) - COURDURIER J. et BRYGOO E. -

Considérations sur la vitesse de sédimentation des hématies chez les Noirs en Afrique.
Médecine Tropicale 7, p. 254-259 mai-juin 1947.

(5) - FROELICH J.C. -

Carte des populations de l'Afrique Noire.

(6) - BOIRON H., CASTET M., PLAGNOL H. -

Résultats des recherches effectuées sur la sérologie de la syphilis et la protidémie chez les Africains de Daker.
Bulletin et Mémoires de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de Dakar. 6, p. 202-211. 1958

(7) - FOURNIER E. -

Action médico-sociale dans les pays en voie de développement.
Les Cahiers du Tiers Monde 1961.

(8) - AZEVEDO J.F. -

Importance des bilharzioses humaines en Afrique, les difficultés actuelles et projets de prophylaxie.
Medicine, 23, p. 526-574 nov. 1955.

(9) - DRUEL J. Cl. -

La bilharziose urinaire ; revue d'ensemble et réflexions à propos de trente cinq cas en France.
Thèse Paris 1962.

(10) - GENTILINI M. -

Les filarioses pathogènes de l'homme ; leur diagnostic et leur traitement actuel.
Thèse Paris 1962.

(11) - SZMUCK G. -

Problèmes posés par l'onchocercose dans les pays tropicaux et en France.
Thèse Paris 1963.

(12) - CHICHE M.C. -

Navires négriers au 18ème siècle. Hygiène et santé à bord.
Thèse Paris 1957.

(13) - N'GUYEN THAN BUC. -

La médecine navale exotique française aux 17ème et 18ème siècles.
Thèse Paris 1962.

(14) - CHALIZINE Cl. -

Chirurgiens de la Compagnie des Indes ; histoire du Service de Santé de la Compagnie.
Thèse Paris 1961.

(15) - MOREAU J. -

Problèmes médico-sociaux posés par les travailleurs d'Afrique Noire en France.
Thèse Paris 1963.

(16) - BOIRON H., BASSET A., BASSET M., CASTET M. -

Contribution à l'étude de la syphilis au Sénégal.
Bulletin Soc. Path. Ex., 55, p. 98-116, janv. fév. 1962.

(17) - GRIM EI. -

Tréponématoses endémiques.
Trans. St-John Hospital, Derm. Soc. 48, p. 11-26, 1962.

(18) - LE NIR M.Y. -

Aspects radiologiques des Filarioses chez les Africains transplantés.
Thèse Paris 1962

(19) - ROSCH C. -

Les Nord-Africains immigrés, démographie, sociologie, pathologie.
Thèse Paris 1957.

(20) - BROCARD H., VANNIER R., GALLOUEDEC C., BURIN A. -

Tuberculose des Noirs originaires d'Afrique francophone, travaillant dans la région parisienne.
Revue de Tuberculose et de Pneumologie 9-10, p. 921-941, 1962.

(21) - CLAUZEL J.P. -

Contribution à l'étude des Tuberculoses des Noirs Africains, travaillant dans la région parisienne,
Thèse Paris 1963.

(22) - LACOMBE M. et GENTILINI M. -

A propos des localisations intra-scrotales du Ver de Guinée (Filaire de Médine).
Presse Médicale, 71, N° 39, p. 1862-64, 1963.

(23) - BOUTILIER, CAUTERELLE, CAUSSE, LAURENT, N'DOYE. -

Economie de la vallée du Moyen Sénégal.
I.N.S.E.E. - Ministère de la Coop. P.U.F. 1963.

(24) - MARCHAL G., BILSKI-PASQUIER G., Mm. PERLES S., et GENTILINI M. -

Grande éosinophilie par polyparasitisme.
Intérêt de la Leuco-concentration dans la recherche des microfilaires.
Bulletin Soc. Méd. Hôp. de Paris 114, N° 4, p. 283-290 1963.

(25) - DODIN A. et RAKOTOMALALA J.P. -

Méthode nouvelle de concentration des hémo-parasites extra-cellulaires.
Bulletin Soc. Path. Exo. 56, N° 1, p. 25-29, 1963.

(26) - HO THI SANG et PETITHORY J. -

Technique des concentrations des micro-filaires sanguicoles.
Bulletin Soc. Path. Exo. 56, N° 2, p. 197-206, 1963.

(27) - NERA G. -

La Communauté
P.U.F. Que sais-je ? N° 428, 1963.

oOo